

Maria de La Salete Batista Estrela Dias

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA POSITIVA EM GRUPO: FORÇAS E
VIRTUDES HUMANAS AO NÍVEL DA FUNCIONALIDADE E SAÚDE
MENTAL NA REABILITAÇÃO PÓS - AVC**

TESE DE DOUTORAMENTO

PSICOLOGIA

2013

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA POSITIVA EM GRUPO: FORÇAS E
VIRTUDES HUMANAS AO NÍVEL DA FUNCIONALIDADE E SAÚDE
MENTAL NA REABILITAÇÃO PÓS - AVC**

Maria de La Salete Batista Estrela Dias

2013

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, elaborada sob a orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.

RESUMO

O presente trabalho de investigação teve como principais objetivos: desenvolver uma intervenção psicológica positiva em grupo (IPPG) promotora de forças e virtudes humanas ao nível da funcionalidade nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e da saúde mental (SM) na reabilitação pós – AVC; compreender e identificar forças e virtudes humanas na reabilitação pós-AVC, a partir de estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas e da discussão de temas em grupo; comparar a funcionalidade nas ABVD e a SM na reabilitação pós – AVC, com e sem IPPG. Os pilares teóricos da IPPG foram o modelo *broaden-and-build* das emoções positivas e as estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas (Fredrickson, 1998; 2001), o referencial teórico dos grupos (Yalom, 1995; Zimmerman, 1995) e do grupo focal (Kind, 2004). A amostra foi sequencial e recolhida na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração de Vila do Conde. Os 18 participantes tinham entre os 45 e 85 anos e foram distribuídos aleatória e equitativamente pelo grupo de intervenção (GI) e de comparação (GC). Os protocolos de avaliação incluíram: o Questionário Sócio-demográfico e Clínico, o Índice de Barthel (Wade & Collin, 1988, adaptado à população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e o Mental Health Inventory-5 (McHorney & Ware, 1995, versão reduzida de 5 itens, adaptada à população portuguesa por Ribeiro, 2001). Os resultados obtidos na análise de conteúdo mostram que o GI partilhou dúvidas, medos, alegrias e desenvolveu forças como coragem e esperança, mudou a interpretação da situação de reabilitação pós-AVC para um desafio a vencer, aumentou as suas emoções positivas, tornou-se mais interessado em colaborar na fisioterapia e a seguir os hábitos de saúde recomendados e avaliou a IPPG como um momento de partilha, aprendizagem e de boa disposição. Os resultados obtidos na análise de testes não paramétricos mostram que o GI beneficiou com a IPPG, ao nível da funcionalidade nas ABVD e da SM, comparativamente ao GC. Este estudo é orientador de futuras investigações ao nível do impacto das virtudes humanas durante a reabilitação pós-AVC e considera-se terem-se atingido os objetivos propostos neste trabalho de investigação.

ABSTRACT

The main objectives of this research work were: to develop a positive psychological intervention group (PPIG) thus promoting human strengths and virtues in terms of functionality in basic activities of daily living (BADL) and post-stroke mental health (MH); to understand and identify the human strengths and virtues in post-stroke rehabilitation, from the intervention strategies that induce positive emotions and the discussion of issues in group; to compare the functionality in BADL and post-stroke MH, with and without a PPIG. The theoretical pillars of PPIG were the model *broaden-and-build* and intervention strategies that induce positive emotions (Fredrickson, 1998; 2001), the therapeutic value of the group (Yalom, 1995; Zimmerman, 1995) and the focus group (Kind, 2004). The sample was sequentially collected in the Medium-term Continuing Care Unit Vila do Conde. The 18 participants were between 45 and 85 years old and were randomly and equally distributed by the intervention group (IG) and the comparison group (CG). The assessment protocols included were: the Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the Barthel Index (Collin & Wade, 1988, adapted for the Portuguese population by Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) and the Mental Health Inventory – 5 (McHorney & Ware, 1995, a 5 item reduced version, adapted to the Portuguese population by Ribeiro, 2001). The results obtained from the content analysis show that the participants in the IG shared doubts, fears, joys and developed strengths, such as courage and hope, changed their interpretation of the post-stroke rehabilitation condition into a challenge they needed to overcome, increased their positive emotions, became more interested in working in physical therapy as well as followed recommended health habits, and assessed the PPIG as a time of sharing, learning and good disposition. The results obtained in the analysis of non-parametric tests show that the IG benefited from the PPIG in terms of functionality in BADL and MH, compared to CG. This study is guiding future research concerning the impact of human virtues during rehabilitation after stroke, and it is considered that the goals set in this research project were reached.

RESUME

Ce travail de recherche a eu comme des principaux objectifs: le développement d' un groupe d'intervention psychologique positif (GIPP) promoteur des forces et vertus humaines au niveau de la fonctionnalité des activités élémentaires de la vie quotidienne (AEVQ) et de la santé mentale (SM) en post - AVC; la compréhension et l'identification des forces et vertus humaines dans la réadaptation post - AVC, à partir de stratégies d'intervention qui induisent des émotions positives et la discussion sur des sujets, en groupe; la comparaison de la fonctionnalité de l' AEVQ et de la SM en post - AVC, avec ou sans GIPP. Les piliers théoriciens d'GIPP ont été le modèle *broaden-and-build* et des stratégies d'intervention qui induisent des émotions positives (Fredrickson, 1998; 2001), la valeur thérapeutique du groupe (Yalom, 1995; Zimmerman, 1995) et le groupe de discussion (Kind, 2004). L'échantillon a été recueilli de façon séquentielle dans l'Unité de Soins Continus de Durée Moyenne, à Vila do Conde. Les 18 participants avaient entre 45 et 85 ans et ils ont été distribués d'une façon aléatoire et avec de l'équité par le groupe d'intervention (GI) et de comparaison (GC). Les protocoles d'évaluation ont inclus: le Questionnaire Socio-démographique et Clinique, le Barthel *Index* (Collin & Wade, 1988, adapté par Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) et l'Inventaire de Santé Mentale -5 (McHorney & Ware , 1995, article 5-version réduite, adaptée à la population portugaise par Ribeiro, 2001). Les résultats obtenus à partir de l'analyse de contenu montrent que le GIP a partagé des doutes, des peurs et des joies et il a développé des forces comme le courage et l'espoir, il a changé l'interprétation de la situation de réhabilitation après AVC d'un défi à surmonter, il a augmenté leurs émotions positives, il s'est devenu plus intéressé à collaborer dans la physiothérapie et à suivre les habitudes de santé recommandés, il a évalué le GIPP comme un moment de partage, d'apprentissage et de bonne disposition. Les résultats quantitatifs obtenus par des tests non paramétriques montrent que le GI a bénéficié de la GIPP, par rapport à GC. Cette étude est un guide de recherches futures au niveau de l'impact des vertus humaines pendant la réadaptation après un AVC. On remarque que les objectifs proposés dans cette recherche ont été atteints.

DEDICATÓRIA

Dedico esta mensagem a todos os participantes deste projeto:

“Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes,

Mas não esqueço de que a minha vida

É a maior empresa do mundo ...

E que posso evitar que ela vá à falência.

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver

Apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise.

Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e

Tornar-se um autor da própria história...

É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar

Um oásis no recôndito da sua alma...

É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.

Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.

É saber falar de si mesmo.

É ter a coragem de ouvir um “Não”!

É ter segurança para receber uma crítica,

Mesmo que injusta...

Pedras no caminho?

Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a orientação científica do Prof. Pais-Ribeiro.

Agradeço ao Provedor, Direção e equipa técnica da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde, por permitirem a realização do projeto nesta instituição.

Um agradecimento especial a todos os sobreviventes ao AVC que aceitaram participar neste projeto. Deposito neles uma profunda admiração e a esperança de que prossigam os seus caminhos alentados pelas forças e virtudes humanas que demonstram ter.

Agradeço à minha Mãe e Pai por estarem sempre comigo e ajudarem-me a perceber os valores essenciais desta vida.

Agradeço ao Hugo, meu marido, pelo seu amor, compreensão e companheirismo.

Agradeço a Deus toda a força interior que me fez acreditar ser capaz de percorrer este caminho e chegar à meta.

Muito Obrigada!

ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIT	Acidente Isquémico Transitório
APA	American Psychological Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DGS	Direção Geral de Saúde
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
GC	Grupo Comparação
GF	Grupo Focal
GI	Grupo de Intervenção
IB	Índice de Barthel
IPPG	Intervenção Psicológica Positiva em Grupo
MHI-5	Mental Health Inventory-5
OMS	Organização Mundial de Saúde
SM	Saúde Mental
SPAVC	Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	3
ABSTRACT.....	4
RÉSUMÉ.....	5
DEDICATÓRIA.....	6
AGRADECIMENTOS.....	7
ABREVIATURAS.....	8
ÍNDICE GERAL.....	9
ÍNDICE DE QUADROS.....	12
ÍNDICE DE ANEXOS.....	13
ÍNDICE DE FIGURAS.....	14
PREÂMBULO.....	15
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	20
SECÇÃO 1: INTRODUÇÃO GERAL	22
<i>Objetivos Principais.....</i>	<i>28</i>
SECÇÃO 2: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	29
<i>Definição</i>	<i>29</i>
<i>Epidemiologia</i>	<i>29</i>
<i>Etiologia.....</i>	<i>30</i>
<i>Fatores de risco.....</i>	<i>30</i>
<i>Tipos.....</i>	<i>31</i>
<i>Alterações resultantes</i>	<i>32</i>
<i>Impacto na Família.....</i>	<i>35</i>
<i>Unidades e Equipas de Reabilitação.....</i>	<i>36</i>
SECÇÃO 3: A PSICOLGIA POSITIVA E A SAUDE	41

<i>O movimento científico da Psicologia Positiva.....</i>	41
<i>Efeito das emoções positivas na saúde.....</i>	47
<i>Efeito das emoções negativas na saúde.....</i>	52
<i>Direções futuras e limitações.....</i>	54
SECÇÃO 4: VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	56
<i>Reabilitação pós-AVC.....</i>	56
<i>Funcionalidade nas ABVD pós-AVC.....</i>	57
<i>Saúde Mental pós-AVC.....</i>	58
<i>Forças e Virtudes pós-AVC.....</i>	61
SECÇÃO 5: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA POSITIVA EM GRUPO.....	69
<i>Modelo Broden-and-build das emoções positivasr.....</i>	69
<i>Estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas.....</i>	75
<i>O valor terapêutico da intervenção em grupo.....</i>	82
<i>O valor terapêutico do grupo focal</i>	85
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	89
SECÇÃO 1: PARTICIPANTES.....	91
SECÇÃO 2: MATERIAL.....	94
SECÇÃO 3: PLANIFICAÇÃO.....	96
SECÇÃO 4: PROCEDIMENTO.....	97
<i>Fase 1 - Pedido autorização.....</i>	97
<i>Fase 2 - Seleção da amostra.....</i>	97
<i>Fase 3 - Consentimento informado.....</i>	97
<i>Fase 4 - Pré-teste.....</i>	98
<i>Fase 5 – Implementação da IPPG.....</i>	98
<i>Fase 6 - Pós-teste.....</i>	103
<i>Fase 7 - Análise de conteúdo.....</i>	103
<i>Fase 8 - Testes não paramétricos.....</i>	104
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....	105
SECÇÃO 1: ANÁLISE QUALITATIVA.....	107

<i>Resultados da análise de conteúdo.....</i>	114
SECÇÃO 2: ANÁLISE QUANTITATIVA.....	115
<i>Resultados dos testes não paramétricos</i>	115
CAPITULO IV – DISCUSSAO.....	116
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO.....	125
REFERÊNCIAS	130
ANEXOS.....	170

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Tipos e subtipos de AVC

Quadro 2: Virtudes e forças humanas

Quadro 3: Caraterísticas ou fatores promotores do bem-estar

Quadro 4: Caraterização Sócio-demográfica e Clínica do GC

Quadro 5: Caraterização Sócio-demográfica e Clínica do GI

Quadro 6: Análise de Conteúdo

Quadro 7: Medidas descritivas relativas ao IB e MHI-5 no GC

Quadro 8: Medidas descritivas relativas ao IB e MHI-5 no GI

Quadro 9: Resultado do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas (pré e pós-teste) para a funcionalidade nas ABVD e SM no GI

Quadro 10: Resultado do teste de Mann-Whitney para amostras independentes em função da funcionalidade nas ABVD e SM no momento pós-teste

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Questionário Sócio-demográfico e Clínico

Anexo 2: Protocolo para o Índice de Barthel

Anexo 3: Protocolo para o MHI-5

Anexo 4: Pedido de autorização à Direção da UCCI

Anexo 5: Consentimento Informado

Anexo 6: Acolhimento

Anexo 7: Modulo I - Recordação mais agradável – tema de discussão

Anexo 8: Módulo I – Conhece-te positivamente – tema de discussão

Anexo 9: Módulo I – Agradecer e Perdoar – tema de discussão

Anexo 10: Módulo II – Sentido positivo na adversidade – tema de discussão

Anexo 11: Módulo II -Acontecimento diário positivo – tema de discussão

Anexo 12: Módulo II – Transcendência do Eu – exercício relaxamento

Anexo 13: Modulo III – Postura pró-ativa – tema de discussão

Anexo 14: Módulo III – Sentido de vida (Positivo) – tema de discussão

Anexo 15: Finalização – Avaliação da IPPG

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo *broden-and-build* das emoções positivas

Figura 2: Resultados de uma intervenção promotora de emoções positivas

PREÂMBULO

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em 5 capítulos.

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO, encontra-se dividido em 5 secções. A 1ª Secção apresenta a introdução geral ao projeto de investigação e define os seus objetivos principais. A 2ª Secção apresenta o Acidente Vascular Cerebral (AVC) em termos de definição, epidemiologia, etiologia, fatores de risco, tipos, alterações resultantes da lesão, impacto na família e quais as unidades e equipas de reabilitação. A 3ª Secção apresenta a relação entre a psicologia positiva e a saúde, a partir do movimento científico da psicologia positiva, do efeito das emoções positivas para a saúde, do efeito das emoções negativas para a saúde, das direções futuras para a investigação e suas limitações. A 4ª Secção apresenta as variáveis de estudo, nomeadamente a reabilitação, a funcionalidade nas atividades básicas de vida diária (ABVD), a saúde mental (SM) e forças e virtudes humanas, pós-AVC. A 5ª Secção apresenta a Intervenção Psicológica Positiva em Grupo (IPPG), relativamente aos seus pilares teóricos e que são o modelo *broaden-and-build* das emoções positivas, as estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas, o valor terapêutico da intervenção em grupo e do grupo focal.

CAPÍTULO II – MÉTODO, encontra-se dividido em 4 secções. A 1ª Secção apresenta as características sócio-demográficas e clínicas da amostra. A 2ª Secção apresenta os instrumentos de avaliação utilizados. A 3ª Secção apresenta a planificação da investigação. A 4ª Secção apresenta o procedimento realizado.

CAPÍTULO III – RESULTADOS, encontra-se dividido em 2 secções. A 1ª Secção apresenta os resultados da análise qualitativa referente à análise de conteúdo. A 2ª Secção apresenta os resultados da análise quantitativa relativos aos testes não paramétricos.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO, apresenta a discussão dos resultados relativos à análise qualitativa e análise quantitativa.

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO, apresenta uma reflexão geral do projeto de investigação, ao nível das suas implicações para a prática clínica, potencialidades e limitações e, ainda, sugestões para futuras investigações.

De acordo com a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC, 2012) o AVC é uma ameaça para a saúde e bem-estar dos indivíduos pela sua elevada incidência, mortalidade e morbilidade que provoca, bem como pelas alterações ao nível da funcionalidade. É a principal causa de morte e incapacidade em Portugal.

A letalidade intra-hospitalar tem vindo a diminuir (Ministério da Saúde, 2005) e cerca de 50% dos sobreviventes ao AVC ficam com limitações para o desempenho das atividades de vida diária, dos quais 20% ficam totalmente dependentes, sendo predominantemente uma doença de indivíduos com mais de 65 anos (Martins, 2006).

Por tudo isto, o AVC constitui uma importante causa de internamento hospitalar (Pereira, Coelho & Barros, 2004).

O papel das emoções na saúde física foi durante muito tempo um tópico central na psicologia da saúde, ou seja, as emoções eram vistas como representativas de serem a principal via para ligar o stresse psicológico à doença e estilos afetivos duradouros como ansiedade e depressão que foram associados a uma maior morbilidade e mortalidade. Não obstante a isso, iniciou-se a discussão sobre o potencial efeito do afeto positivo na saúde (Cohen & Pressman, 2006).

A partir do ano 2000, com o crescente interesse e apoio na área do desenvolvimento positivo, Peterson e Seligman organizaram uma equipa de pesquisa para desenvolverem um esquema de classificação comparável ao Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), para avaliar estratégias e identificar forças psicológicas (Peterson & Seligman, 2004).

A pesquisa sobre os aspetos virtuosos da natureza humana propicia o florescimento dos indivíduos, comunidades e instituições (Keys & Haidt, 2003).

Nesse sentido, as intervenções para a promoção de emoções positivas em resposta às dificuldades, podem otimizar a saúde, promover o bem-estar subjetivo e a resiliência psicológica (Fredrickson, 2000).

Além disso, as emoções positivas podem ser adaptativas a longo prazo, na medida em que ampliam e constroem recursos pessoais que funcionam como reservas psicológicas para o crescimento contínuo (Fredrickson, 2001; Fredrickson, 2005; Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004).

Logo, as emoções positivas podem ser úteis, apontando motivos para a busca da felicidade, além do prazer intrínseco.

Isto porque, quando as emoções positivas são canalizadas para a prevenção e para o tratamento, enquanto estratégias de *coping*, são eficazes em contrariar problemas, tais como os distúrbios de ansiedade, a depressão, a doença cardíaca e agressão, decorrentes do efeito das emoções negativas perante as adversidades (Fredrickson, 2000).

O modelo *build-and-braden* de Fredrickson (2000) defende que as emoções positivas ampliam a atenção, expandem a cognição (curiosidade e criatividade) e comportamentos (exploração, jogos). Consequentemente, promovem o funcionamento ótimo ao nível físico, intelectual e social (Fredrickson, 2001).

Assim, uma série de estudos epidemiológicos têm sugerido associações interessantes entre os resultados de saúde relevantes, incluindo a morbidade e a mortalidade e alguns construtos com destaque para a psicologia positiva (Howell, Kern & Lyubomirsky, 2007; Pressman & Cohen, 2005).

Constata-se que os indivíduos sentem maior satisfação na vida se conseguirem atingir um equilíbrio entre as emoções positivas e emoções negativas (Diener & Larsen, 1993).

Mas, para isso, é preciso que o indivíduo desenvolva competências relacionadas com a resiliência, envolvimento, relações, comunicação, emoções positivas, fluir e propósito (Ben-Shahar, 2007; Csikszentmihalyi, 1998; Diener & Biswas-Diener, 2008; Fredrickson, 2009; Gilbert, 2006; Haidt, 2006; Layard, 2006; Lyubomirsky, 2008; Seligman, 2003).

Deste modo, várias intervenções promotoras de emoções positivas mostraram ser benéficas para a saúde (Emmons & McCullough, 2003; Folkman & Moskowitz, 2000; King & Miner, 2000; Middleton & Byrd, 1996; Pennebaker & Francis, 1996), sendo várias as intervenções que têm surgido no sentido de aumentar as emoções positivas e minimizar o afeto negativo e a depressão ao longo do tempo (Emmons & McCullough, 2003; Lyubomirsky, 2008; Sheldon & Lyubomirsky, 2004).

Assim, intervenções que procuram promover emoções positivas, expectativas ou mudanças de vida em indivíduos perante situação de doença ou perda, podem fazer mais do que apenas os distrair dos seus problemas (Aspinwall & Tedeschi, 2010).

Conforme referido anteriormente, essas intervenções podem desempenhar um papel importante na gestão eficaz da situação, devendo no entanto ser evitada a “tirania do pensamento positivo” (ibd.).

O presente trabalho de investigação pretendeu: desenvolver uma intervenção psicológica positiva em grupo (IPPG) promotora de forças e virtudes humanas ao nível da funcionalidade nas ABVD e SM na reabilitação pós – AVC; compreender e identificar forças e virtudes humanas na reabilitação pós-AVC, a partir de estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas e da discussão de temas em grupo; comparar a funcionalidade nas ABVD e a SM na reabilitação pós – AVC, com e sem IPPG.

Os 18 participantes foram distribuídos aleatoriamente e equitativamente pelo grupo de comparação e grupo de intervenção. A IPPG usou estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas e discutiu temas em grupo relacionados com um olhar apreciativo sobre o passado, com uma atitude atenta e especial sobre o presente e com o desenvolvimento de ideias sobre como investir no futuro.

A ideia deste projeto surgiu há 3 anos, quando participei numa formação sobre Psicologia Positiva na Saúde, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

A aprendizagem que fiz criou um interesse ainda maior de aprofundar os princípios teóricos da Psicologia Positiva e colocá-los em prática na Unidade de Cuidados Continuados de Vila do Conde, onde trabalho, enquanto psicóloga, com indivíduos que estão internados, durante três meses, para reabilitação pós-AVC.

Em suma este trabalho é uma realização pessoal, fruto de uma vontade imensa de aprender e poder contribuir para o florescimento de indivíduos que estão em reabilitação.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O presente capítulo encontra-se dividido em 5 secções.

A 1ª Secção apresenta a introdução geral ao projeto de investigação e define os seus objetivos principais.

A 2ª Secção apresenta o Acidente Vascular Cerebral (AVC) em termos de definição, epidemiologia, etiologia, fatores de risco, tipos, alterações resultantes da lesão, impacto na família e quais as unidades e equipas de reabilitação.

A 3ª Secção apresenta a relação entre a psicologia positiva e a saúde, a partir do movimento científico da psicologia positiva, do efeito das emoções positivas para a saúde, do efeito das emoções negativas para a saúde, das direções futuras para a investigação e as suas limitações.

A 4ª Secção apresenta a as variáveis de estudo, nomeadamente a reabilitação, a funcionalidade nas atividades básicas de vida diária (ABVD), a saúde mental (SM) e forças e virtudes humanas, pós-AVC.

A 5ª Secção apresenta a Intervenção Psicológica Positiva em Grupo (IPPG), relativamente aos seus pilares teóricos e que são o modelo *broaden-and-build* das emoções positivas, as estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas, o valor terapêutico da intervenção em grupo e do grupo focal.

SECÇÃO 1

INTRODUÇÃO GERAL

A Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) apresenta o acidente vascular cerebral (AVC) como a primeira causa de morte e incapacidade em Portugal (SPAVC, 2012).

A doença é vivenciada de forma negativa e verifica-se um desequilíbrio no funcionamento físico, social e psicológico (Rabelo & Neri, 2004).

Ter um AVC pode resultar em défices físicos, funcionais, psicológicos e sociais (Sneeuw, Aaronson, de Haan & Limburg, 1997). Muitas vezes os indivíduos pós-AVC sentem medo, frustração, raiva e dor por causa dos seus défices físicos e mentais (Westcott, 2000).

A Direção Geral Saúde (DGS) refere que em termos de funcionalidade verifica-se dependência funcional nas atividades básicas da vida diária (ABVD), isto é, higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, mobilidade, eliminação intestinal, eliminação vesical e uso de casa de banho (DGS, 2001).

Em termos de saúde mental, verifica-se tendência para a ansiedade e depressão, diminuição da autoestima, autoeficácia e suporte social que vão afetar o empenho na reabilitação (Ribeiro, 2005).

Durante a reabilitação, a principal atenção é dada aos aspetos físicos (Judd, 1999), para os quais existe uma variedade de tratamentos de reabilitação, como a fisioterapia (Westcott, 2000).

A fisioterapia é fornecida com o objetivo de capacitar o sobrevivente ao AVC a ser o mais independente possível, no sentido de reaprender capacidades e reconstruir a sua confiança (Kwakkel, Wagenaar, Koelman, Lankhorst & Koetsier, 1997).

Todavia, a reabilitação é um processo único, contínuo, progressivo, global e precoce. Não apenas médico, social ou profissional (Storm, 1990).

A reabilitação pós-AVC pretende capacitar os indivíduos com défices a melhorarem funções físicas, intelectuais, psicológicas e sociais (European Stroke Organization, Executive Committee & European Stroke Organization Writing Committee, 2008).

Inicialmente os profissionais de saúde mental aplicaram uma linguagem comum e critérios de diagnóstico para identificar e tratar a doença mental, usando o DSM-IV.

Mas, sendo a saúde mais do que a ausência de doença, torna-se necessário promover recursos individuais e sociais que levam os indivíduos, organizações e comunidades a prosperarem, ou seja, encontrar orientações que permitam avaliar pensamentos, emoções ou comportamentos que sejam positivos (Peterson & Seligman, 2004; Sheldon & King, 2001).

Assim, atividades e programas que promovam a saúde mental positiva também ajudam a prevenir a doença mental (Kobau, Seligman, Peterson, Diener, Zack, Chapman & Thompson, 2011).

As variáveis autoeficácia, expectativas e estado depressivo desempenham um importante papel no empenhamento do indivíduo durante o processo de reabilitação pós-AVC (Ribeiro, 2005).

Logo, o bem-estar psicológico do sobrevivente ao AVC é uma importante área a considerar. Pesquisas mostram que a perspetiva mental do indivíduo pós-AVC pode ajudar a determinar a rapidez com que recupera (Gresham et al., 1997; Kwakkel et al., 1997; Marshall et al., 2001; Sturm et al., 2002).

Como tal, a ocorrência de emoções positivas em meios adversos pode dar o descanso psicológico necessário para amortecer o stresse, repor e restaurar outros esforços de *coping* (Trobe, Ferguson & Raghunathan, 2001; Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004).

Com o aparecimento da Psicologia Positiva e sem descurar a existência do sofrimento humano, começa-se a valorizar mais o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos (Keyes & Haidt, 2003; Seligman, 2000).

Por outras palavras, valorizam-se as experiências positivas (emoções positivas, felicidade, esperança e alegria), as características positivas individuais (caráter, forças e virtudes) e as instituições positivas (trabalho, escolas, famílias, hospitais, comunidades ou sociedades) (Larrauri, 2006; Park & Peterson, 2007; Seligman, 2004).

O aumento da investigação nos aspetos virtuosos da natureza humana e a sua relação com a saúde tem sido evidente em edições especiais de revistas, na rápida expansão de apresentações em conferências, artigos e livros dedicados a esta área (Miller, Sherman & Christensen, 2010).

As ligações fortes entre emoções positivas e saúde encontram-se mais em estudos que examinam o estilo de traço afetivo (a experiência emocional típica), do que propriamente no estado de afeto (respostas momentâneas a acontecimentos) (Cohen & Pressman, 2006).

Os traços individuais positivos incluem um número de disposições positivas presentes nos indivíduos, em diferentes graus, como a criatividade, a coragem, a bondade, a perseverança e o otimismo que, sendo promovidas, podem aumentar a resiliência, anular desordens mentais ou outras adversidades e promover a saúde mental (Seligman, 2002).

Assim, as emoções positivas constituem recursos psicológicos importantes a serem nutridos, mais do que apenas apreciados como resultados breves (Diener & Biswas-Diener, 2008; Fredrickson, 1998; Fredrickson, 2001; Fredrickson, 2005; Friedli, 2009; Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

No seguimento desta linha de pensamento, as emoções positivas desempenham um papel crucial na melhoria de recursos de *coping* perante acontecimentos negativos (Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004).

Estudos mostram que as emoções positivas podem mais rapidamente desfazer os efeitos adversos das experiências negativas (Fredrickson, 1998; Fredrickson, 2000; Fredrickson, 2001).

Isto porque, as emoções positivas reduzem as reações de stresse, por exemplo, reduzem o aumento da pressão sanguínea e permitem que o organismo volte a um estado de equilíbrio (ibd.).

Além de promover a saúde física, cultivar emoções positivas está associado à saúde psicológica. Deste modo, a noção de que as emoções positivas são boas para a saúde é uma ideia popular que vem ganhando suporte empírico (Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004).

Os investigadores reconhecem cada vez mais que os conceitos de “cariz positivo” possuem ligações com vários processos suscetíveis de influenciar os resultados de saúde, incluindo os processos biológicos como a função neuroendócrina e imune, que podem estar diretamente relacionados com a progressão e sintomas da doença (Howell, Kern & Lyubomirsky, 2007; Pressman & Cohen, 2005; Rasmussen, Scheier & Greenhouse, 2009; Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenewald, 2000), processos comportamentais e sociais, como comportamentos preventivos, comportamentos de risco, suporte social, avaliações dos potenciais stressores, *coping* e atenção aos riscos para a saúde (Aspinwall & MacNamara, 2005; Cohen & Rodriguez, 1995; Taylor & Sherman, 2004).

Por conseguinte, a saúde positiva prevê o aumento da longevidade, a diminuição dos custos de saúde, uma melhor saúde mental no envelhecimento e um melhor prognóstico quando a doença ataca (Seligman, 2008).

Parecem então, existir outras razões que não o hedonismo puro para prosseguir as emoções positivas. Evidências empíricas mostram que as emoções positivas fazem mais do que simplesmente “sentir-se bem”, ressaltando assim a necessidade de as estudar melhor (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000).

Posto isto, é importante reconhecer que há múltiplos caminhos através dos quais os fenómenos positivos podem influenciar os resultados em saúde e que esses caminhos podem ter importantes relações recíprocas ao longo do tempo (Aspinwall & Tedeschi, 2010).

O presente trabalho de investigação encontra-se inserido no Programa Doutoral em Psicologia, área da saúde, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Este projeto pretendeu desenvolver uma Intervenção Psicológica Positiva em Grupo (IPPG) promotora de forças e virtudes humanas, ao nível da funcionalidade e saúde mental na reabilitação pós-AVC.

Entende-se por intervenção psicológica positiva todo o método de tratamento ou atividades intencionais que visam cultivar sentimentos positivos, comportamentos positivos e cognições positivas (Sin & Lyubomirsky, 2009).

Os 18 participantes seguiram como critérios de inclusão para o estudo: diagnóstico clínico de AVC; orientação auto e alopsíquica; e ausência de patologia psiquiátrica grave diagnosticada. A amostra foi sequencial, com idades entre os 45 e 85 anos. Foram distribuídos equitativamente e aleatoriamente pelo grupo de intervenção e o grupo de comparação.

Definiram-se como pilares na orientação teórica e prática da IPPG: o modelo *broaden-and-build* das emoções positivas (Fredrickson, 2001) e as estratégias indutoras de emoções positivas (Fredrickson, 2000) que mostram a utilidade terapêutica das emoções positivas para a saúde; o referencial teórico dos grupos, que através da criação de um espaço de partilha facilita a troca de experiências e constitui uma fonte de apoio aos indivíduos (Yalom, 1995; Zimmerman, 1995); e a discussão de temas, mediante a técnica do grupo focal que permite obter dados e *insights* que dificilmente seriam conseguidos fora do grupo (Kind, 2004).

Em função dos objetivos de estudo do presente trabalho de investigação foram utilizados métodos qualitativos e quantitativos. Embora sejam abordagens distintas, são também complementares (Silva, 1998).

Utilizou-se a abordagem qualitativa com o objetivo de compreender e identificar as forças e virtudes humanas na reabilitação pós-AVC, a partir de estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas e da discussão de temas em grupo, realizadas ao longo de três módulos e dez sessões.

O Módulo I “Apreciar o Passado” foi criado com o objetivo de perceber a forma como o indivíduo recorda o passado, como se sente grato pelo bom que foi acontecendo na sua vida e como cresceu com a adversidade.

Utilizou-se como estratégia de intervenção o evocar de acontecimentos bons, através da recordação de memórias felizes. Depois, utilizou-se a estratégia encontrar crescimento pessoal, pedindo que relembassem um episódio difícil da sua vida que os tivesse tornado melhores. Em seguida, a estratégia de intervenção foi avaliar com apreço o já vivido e o perdoar, de modo a perceberem o valor terapêutico de tais virtudes.

O Módulo II “Celebrar o presente” foi elaborado com o propósito de treinar a atenção sobre o bom e belo da vida e a serenidade para lidar com a adversidade.

Utilizou-se como estratégia de intervenção o estilo explicativo da realidade, mediante o debate em torno de mitos na 3ª idade. Em seguida, utilizou-se a estratégia de atribuir significado positivo a acontecimentos normais e ainda a estratégia de enumerar atividades agradáveis, pedindo que enumerassem pelo menos um acontecimento positivo nesse dia. Depois, utilizaram-se como estratégias o explorar de crenças espirituais ou religiosas e o exercício de relaxamento imagético, de maneira a perceberem como tais aspetos poderiam influenciar a sua reabilitação.

E, finalmente o Módulo III “Acreditar no futuro” foi criado no sentido de estimular ideias para o futuro.

Utilizou-se como estratégias de intervenção o estabelecer de objetivos claros e intrínsecos, de modo a perceber qual a postura pró-ativa a adotar após a alta. E, a estratégia de encontrar significado positivo nos acontecimentos importantes, pedindo para enumerarem e valorizarem os elementos significativos para um sentido de vida positivo.

A análise de conteúdo foi utilizada como ferramenta de interpretação, pois busca a compreensão da realidade a partir do discurso dos participantes (Bardin, 1977).

A análise de testes não paramétricos utilizou-se dada a dimensão reduzida da amostra (Pestana & Gageiro, 2008), com o objetivo de comparar a funcionalidade nas ABVD e SM na reabilitação pós – AVC, com e sem IPPG.

Descrevem-se em seguida os objetivos principais do presente estudo.

Objetivos principais

- Desenvolver uma IPPG promotora de forças e virtudes humanas ao nível da funcionalidade nas ABVD e SM na reabilitação pós-AVC;

- Compreender e identificar forças e virtudes humanas na reabilitação pós-AVC, a partir de estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas e da discussão de temas em grupo;

- Comparar a funcionalidade nas ABVD e a SM na reabilitação pós-AVC, com e sem IPPG.

SECÇÃO 2

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Definição

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o AVC constitui uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados com o comprometimento de áreas focais no cérebro (OMS, 2003).

Epidemiologia

A seguir à doença cardiovascular e ao cancro, o AVC é a terceira causa de morte, mais frequente, nos países industrializados, implicando uma maior sobrecarga económica (European Stroke Initiative, 2003).

Em Portugal, o AVC apresenta a maior taxa de mortalidade (para homens 129 mortes por 100.000 habitantes e para mulheres 107 mortes por 100.000 habitantes) e a incidência anual na população rural é superior à população urbana, comparativamente a outros países da Europa Ocidental (Correia, 2006). Cerca de 20% dos indivíduos após AVC morrem no primeiro mês e 30% morrem no primeiro ano. A cada cinco minutos acontece um AVC e a cada hora morrem dois portugueses com a doença. Metade dos indivíduos que sobrevivem a um AVC fica com incapacidade parcial. Uma em cada 6 pessoas terá um AVC ao longo da vida (SPAVC, 2012).

De acordo com Castro Lopes (2012), presidente da SPAVC, embora a taxa de mortalidade esteja a diminuir, o AVC é a primeira causa de mortalidade e de incapacidade. Até há pouco tempo, registava-se uma mortalidade de 200 por 100 mil habitantes por ano (o dobro da média europeia e o dobro de Espanha), mas atualmente aponta-se para cerca de 160 por 100 mil habitantes. Ainda existe um longo caminho a percorrer, mas os portugueses começam a conhecer os seus sinais de alerta e fatores de risco (ibd.).

Etiologia

Em relação à etiologia do AVC existem dois mecanismos (Cohen, 2001):

1) Oclusão. Há o bloqueamento de um vaso sanguíneo, provocado pela formação de uma placa aterosclerótica ou pela presença de um coágulo que chega através da circulação de uma outra parte do corpo;

2) Hemorragia. Há ruptura de um vaso sanguíneo ou a pressão exercida no vaso faz com que ele se rompa.

Fatores de risco

Conforme o referido pelo Grupo de Estudos das Doenças Cérebro Vasculares da Sociedade Portuguesa de Neurologia (1997), os fatores de risco são a característica ou estilo de vida de um indivíduo ou população que aumenta a probabilidade de ocorrência de AVC, comparativamente a outro indivíduo ou população sem essa característica ou estilo de vida.

Os principais fatores de risco para Antunes e Ferro (1986, citado por Martins, 2006) são:

- a) idade (aumenta com a idade);
- b) sexo (até aos 50 anos a incidência é maior no homem e depois igual em ambos os sexos);
- c) hipertensão arterial;
- d) doenças cardíacas (principal fonte de embolia cerebral);
- e) hiperglicemia (aumenta a gravidade da isquemia cerebral);
- f) tabaco (aumenta cerca de 3 vezes o risco);
- g) vida sedentária (pode ter influência na incidência da doença);
- h) consumo excessivo de álcool (fator precipitante, no adulto jovem);
- i) hereditariedade (tendência familiar);
- j) temperaturas muito baixas ou muito altas (registam maior ocorrência);
- k) hiperlipidemia;
- l) diabetes Mellitus;
- m) acidentes isquémicos transitórios (maior risco de desenvolver AVC);
- n) obesidade (aumenta o risco quando acompanhada de diabetes, níveis tensionais altos e menor tolerância à glucose);

o) contraceptivos orais (aumentam o risco na mulher jovem e na mulher idosa que utilizou estrogénios após a menopausa);

p) raça e outros fatores étnicos (variabilidade de morbidade e mortalidade consoante a região do globo).

Para além destes fatores de risco referidos anteriormente, existem outras causas menos frequentes de AVC (Toole, 2002):

q) doenças inflamatórias das artérias;

r) alguns tipos de reumatismo;

s) uso de drogas como a cocaína;

t) doenças do sangue e da coagulação sanguínea;

u) presença de acidentes isquémicos transitórios (AIT).

Tipos

De acordo com Cohen (2001), os tipos e subtipos de AVC são:

a) Acidente vascular cerebral isquémico lacunar. Pequenos enfartes nas arteríolas perfurantes ramificam-se de grandes vasos. Os sinais clínicos são diferentes, consoante a artéria cerebral afetada (artéria cerebral anterior; artéria cerebral média; artéria cerebral posterior; artéria carótida interna e artéria vertebrobasilar). Constitui 20% dos AVC.

b) Acidente vascular cerebral isquémico trombótico. É causado pela arteriosclerose (trombose cerebral). Há o desenvolvimento de um coágulo de sangue ou trombo no interior das artérias cerebrais ou dos seus ramos, originando isquemia. É o mais comum, constitui 40% dos AVC.

c) Acidente vascular cerebral isquémico embólico. Êmbolos cerebrais (pequenas porções de matéria como trombos, tecido, gordura, ar, bactérias ou outros corpos estranhos) são libertados na corrente sanguínea e deslocam-se até às artérias cerebrais, produzindo oclusão. Constitui 30% dos AVC.

d) Acidente vascular cerebral hemorrágico intracerebral e Acidente vascular cerebral hemorrágico subaracnoide. Ocorrem devido à rutura de um vaso sanguíneo ou quando a pressão no vaso faz com que ele se rompa devido à hipertensão e a falta de irrigação sanguínea causa a morte celular da área envolvida. Constituem 10% dos AVC.

Quadro 1: Tipos e Subtipos de AVC

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
<u>Isquêmico</u>	Lacunar
	Trombótico
	Embólico
<u>Hemorragico</u>	Cerebral (Intracerebral)
	Meníngeo (Subaracnóide)

Alterações resultantes

Dependendo da extensão e da localização da zona afetada, as consequências do AVC podem ser moderadas (período de inconsciência de momentos, horas ou dias) muito graves (alterações físicas e psíquicas) ou levar à morte (Anderson, 1994).

Alterações da motricidade

Implicam a paralisia no lado contra-lateral à região do cérebro que foi afetada e pode ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia). Podem-se verificar problemas de equilíbrio e/ou coordenação (ataxia) (Aminoff, Greenberg & Simon, 2005).

O hemicorpo afetado apresenta hipotonia, não conseguindo apresentar resistência ao movimento passivo ou a manter o membro em alguma posição (Langhorne et al., 2000).

Daí que podem verificar-se incapacidades (Martins, 2006):

a) no cuidado pessoal (dificuldade no vestir e despir a roupa, dificuldade em se alimentar, dificuldade na higiene pessoal, situações de incontinência e dificuldades de eliminação);

b) na locomoção (limitações em movimentar-se deitado, alcançar locais, dificuldade em transportar objetos);

c) no posicionamento do corpo (preparar comida, lavar roupa, equilibrar-se sentado ou em pé);

d) e na destreza (abrir torneiras, utilizar o telefone).

Alterações sensoriais

Pode existir diminuição da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) contribuindo para o risco de auto-lesões ou, então, parestesias, sensações cutâneas subjetivas (frio, calor, formigueiro, pressão) na ausência de estímulo (Langhorne et al., 2000).

Podem-se encontrar situações de cegueira, por lesão central, alterações dos campos visuais e alterações das funções (Martins, 2006).

Frequentemente surgem distúrbios visuais, por exemplo, a hemianopsia (Johnstone, 1980).

É comum os indivíduos experienciarem dor moderada a intensa com irradiação para o ombro, contribuindo para a depressão, insónia e pode estar associado a pior prognóstico (Lindgren, Jonsson, Norrving & Lindgren, 2007).

A incontinência urinária é comum, especialmente nos indivíduos mais idosos, mais incapacitados e com maior deterioração cognitiva (Nakayama, Jorgensen, Pederson, Raaschou & Olsen, 1997).

A incontinência fecal resolve-se na maioria dos indivíduos e a obstipação é mais frequente que a incontinência, devido à imobilidade e inatividade, ingestão inadequada de alimentos e líquidos, depressão ou ansiedade, défices cognitivos e lesão neurológica (Duncan et al., 2005).

Alterações da comunicação

A incapacidade em comunicar está relacionada com a incapacidade de compreender e de falar, a incapacidade de ouvir e de ver (Martins, 2006).

A lesão da área de Broca provoca afasia expressiva com dificuldade em formar frases gramaticalmente corretas e coerentes e a lesão da Área de Wernicke provoca dificuldade na compreensão e discurso incoerente (Johnstone, 1980).

Quando tudo está afetado é uma afasia global. A forma menos grave é a afasia anómica, onde se esquece grupos de palavras como nomes de pessoas ou objetos (Robey, 1998).

A disartria é uma perturbação motora dos órgãos da fonação (Yorkston, 1996).

Alterações da cognição

Podem existir dificuldades de raciocínio e perder-se a capacidade de fazer planos, compreender significados e fazer novas aprendizagens (Royal College of Physicians, 2004).

Em termos de memória, os indivíduos manifestam dificuldade em aprender e recuperar informação ou pode estar afetada a memória prospetiva (Majid, Lincon & Weyman, 2000).

Na apraxia o indivíduo é incapaz de executar uma sequência de movimentos, apesar das funções motora e sensorial estarem preservadas (Donkervoort, Dekker, Stehamn-Saris & Deelman, 2001).

Na agnosia o indivíduo está incapaz de reconhecer objetos familiares e de lhes dar uma função, ainda que os órgãos sensoriais estejam preservados (Royal College of Physicians, 2004).

A anosognosia consiste na incapacidade do indivíduo reconhecer as limitações físicas posteriores ao AVC (ibd.).

Podem surgir alterações ao nível da imagem e esquema corporal, nomeadamente *neglet* unilateral. O lado afetado está incapaz de responder a objetos ou estímulos sensoriais (Bowen, Lincon & Dewey, 2002).

As alterações da função executiva, isto é, a capacidade de planejar, resolver problemas e a auto-avaliação podem estar alteradas (Royal College of Physicians, 2010).

Distúrbios emocionais

Refletem a ansiedade e tristeza perante as suas incapacidades físicas e psíquicas, sendo estas emoções, até certo ponto, uma resposta normal. A labilidade emocional, tende a melhorar com o tempo (Scottish Intercollegite Guidelines Network, 2002).

A própria lesão de estruturas cerebrais pode induzir a alterações emocionais e de personalidade (Eastwood, Rifat, Nobbs & Ruderman, 1989).

O indivíduo pode ter sido enérgico e pensativo antes do AVC e, no entanto, depois do sucedido pode tornar-se agressivo ou incapaz de sentir entusiasmo por qualquer aspeto da sua vida (Powell, 1979).

Impacto na família

O AVC também afeta a família, especialmente o cônjuge que se torna o cuidador. Muitos experimentam dificuldades em lidar com a nova situação, podendo reduzir a satisfação com a vida (Williams, 1993). Tal, pode também influenciar o próprio indivíduo na sua reabilitação e levar a um círculo vicioso (Nilsson, Axelsson, Gustafson, Lundman & Norberg, 2001).

Os membros familiares, enquanto cuidadores informais, podem desenvolver *burnout*, tal como os indivíduos que sofrem de doenças crônicas (Lofgren, Gustafsson & Nyberg, 1999; Pines, Aronson & Kafry, 1981).

No entanto, é também importante referir que podem existir situações em que a doença pode ter efeitos positivos na família como, por exemplo ser um motivo forte e gerador de uma nova organização capaz de unir o sistema (Martins, 2002).

A família, sendo uma rede complexa de relações e emoções, deverá ser compreendida numa perspetiva holística, ou seja, um sistema (Relvas, 2000).

Podem, por isso, ser precisas mudanças nos papéis e funções familiares (Martins, 2002).

Assim, é importante compreender que a família precisa de tempo para lidar com o sentimento de impotência, culpa ou a ambivalência de sentimentos que acompanham este processo (Brunner & Sunddarth, 1995).

O grau de adaptação da família à doença depende da sua capacidade de mudança, ou seja, os efeitos desta crise passam pelas capacidades da família ao nível da sua coesão, do comprometimento com a unidade familiar, da flexibilidade dos seus membros e da capacidade para usar recursos externos (Martins, 2006).

Posto isto, a capacidade integrativa do indivíduo para lidar com o conflito desencadeado pela doença e a maneira como as relações familiares são desenvolvidas, determinam os efeitos desta crise accidental (Ackerman, 1986).

A família para conseguir dar apoio ao indivíduo precisa, ela própria, também de suporte emocional e aprender o que deve fazer para ajudar na recuperação funcional do indivíduo ao nível da comunicação, comportamento social e das atividades da vida diária (Anderson, 1994).

O apoio à família é uma importante função do psicólogo (Ribeiro, 2005).

Este apoio deverá seguir alguns princípios (Martins, 2002), tais como: uma abordagem individualizada, pois os interesses, recursos e prioridades da família devem ser compreendidos e são únicos; ter por base as prioridades da família e comunidade onde está inserida e não só os objetivos das instituições; valorizar o suporte da própria família; implicar as redes de suporte social que existem.

Unidades e Equipas de Reabilitação

O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população, a diminuição da natalidade, pessoas em situação de incapacidade e alterações na organização familiar conduziram à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho), referindo que:

a) os destinatários das unidades e equipas da Rede são pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações: dependência funcional transitória decorrente de um processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosas com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; doença severa, em fase avançada ou terminal;

b) o ingresso na Rede é efetuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência;

c) o objetivo geral da Rede é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade;

d) os objetivos específicos são: a melhoria de condições de vida e bem-estar; a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder e que se encontram no domicílio; o apoio aos familiares ou prestadores informais na prestação de cuidados; e, a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços;

e) os Cuidados Continuados Integrados são o conjunto de intervenções de saúde e de apoio social que visam promover a autonomia melhorando a

funcionalidade da pessoa em situação de dependência, independentemente da idade;

f) os tipos de serviços incluem a prestação de cuidados continuados integrados que é assegurada por unidades de internamento; unidades de ambulatório; equipas hospitalares; equipas domiciliárias.

O mesmo decreto-lei apresenta as seguintes unidades e equipas:

Unidade de Convalescença

Está integrada num hospital de agudos ou outra instituição. Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral do indivíduo com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos.

A sua duração é até 30 dias consecutivos por cada admissão. Está sob a direção de um médico e assegura: cuidados médicos permanentes; cuidados de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico; prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

Unidade de Média Duração e Reabilitação

É gerida por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial e assegura: cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

É uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa e, uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

Unidade de Longa Duração e Manutenção

É uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

Pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no caso anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

É gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura: Atividades de manutenção e de estimulação; Cuidados de enfermagem diários; Cuidados médicos; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Controlo fisiátrico periódico; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Animação sociocultural; Higiene, conforto e alimentação; Apoio no desempenho das atividades da vida diária; Apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

Unidade de Cuidados Paliativos

É uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva.

É gerida por um médico e assegura: Cuidados médicos diários; Cuidados de enfermagem permanentes; Exames complementares; Prescrição e administração de fármacos; Cuidados de fisioterapia; Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; Atividades de manutenção; Higiene, conforto e alimentação; Convívio e lazer.

Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia

É uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

Deve articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes e funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis e assegurar: Atividades de manutenção e de estimulação; Cuidados médicos; Cuidados de enfermagem periódicos; Controle fisiátrico periódico; Apoio psicossocial; Animação sociocultural; Alimentação; Higiene pessoal, quando necessária.

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

É uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.

Assegura: Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; Apoio na satisfação das necessidades básicas; Apoio no desempenho das atividades da vida diária; Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

É uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro.

Tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção.

Assegura, sob a direção de um médico: a formação em cuidados paliativos dirigidos às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários; A avaliação integral do doente; Os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos; A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais; A assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados; A assessoria aos familiares e ou cuidadores.

Equipa de Gestão de Altas

É uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.

Encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Assegura a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares; a articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede; a articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

SECÇÃO 3

A PSICOLOGIA POSITIVA E A SAUDE

O movimento científico da psicologia positiva

Durante muitos anos a psicologia interessou-se pelo patológico e pela reparação do dano. Provavelmente, fatores como a compaixão ou a necessidade de ajudar aqueles que sofrem, a II Guerra Mundial e as teorias sobre os processos psicológicos que focam os eventos negativos estiveram na origem da investigação científica sobre a visão negativa da natureza humana (Gable & Haidt, 2005). O movimento do estudo focado nas patologias trouxe benefícios importantes para o tratamento das doenças mentais mas, também enfraqueceu as investigações sobre os aspetos virtuosos do desenvolvimento humano (ibd.).

Daí que, a partir de 1998, com Martin Seligman, enquanto presidente da American Psychological Association (APA), surgiu o movimento científico da psicologia positiva. Com prontidão e entusiasmo quis-se compreender e promover estados mentais positivos e comportamentos positivos, para que esta nova abordagem pudesse possibilitar uma melhoria na vida de indivíduos comuns e não apenas daqueles com distúrbios (ibd.).

A psicologia deveria possibilitar muito mais do que reparar o que está mal, ou seja, identificar e fortalecer o que está bom, bem como focalizar-se nas virtudes e forças pessoais que os seres humanos possuem, tais como: a esperança, a criatividade, a coragem, a sabedoria, a espiritualidade e a felicidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Esta mudança conceptual é baseada no crescente reconhecimento de que a saúde positiva e o bem-estar é mais do que a ausência de desordem, ou seja, os seus determinantes podem não ser simplesmente a ausência de fatores de risco para a desordem, merecendo por isso ser melhor estudada.

Assim, o movimento científico da psicologia positiva contribuiu para a independência do modelo tradicional de doença, facto esse que constitui uma das grandes contribuições para a psicologia (Snyder & Lopez, 2002).

Pretende-se que os psicólogos contemporâneos adotem uma visão aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas (Sheldon & King, 2001).

Porém, este movimento não ignora a existência do sofrimento humano, da dor e da doença que são inevitáveis (Seligman, 2002).

Num primeiro momento parece difícil compreender porquê que a psicologia positiva se interessa em compreender o sofrimento, afinal o seu objetivo é estudar o que dá certo na vida e não o que vai mal (Peterson, 2006). Contudo, o sofrimento pode estar relacionado com uma vida próspera, pois a crise pode desenvolver forças e virtudes (ibd.).

Esta mudança de perspetiva não é exclusiva da psicologia positiva, pois existiram psicólogos humanistas que defenderam os aspetos positivos do desenvolvimento humano (Maslow, 1954; Rogers, 1959).

No entanto, a falta de rigor metodológico e a inconsistência dos resultados foram responsáveis pelo enfraquecimento da psicologia humanista (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

São três os pilares da psicologia positiva:

O 1º pilar refere-se à experiência subjetiva no passado, presente e futuro. Verificam-se estudos referentes ao bem-estar subjetivo ao nível: das experiências positivas do passado (Diener, 2000) e emoções positivas (Frederickson, 2002); de aspetos como a felicidade (Myers, 2000; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) e a transcendência – *flow* (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002) no presente; de experiências relacionadas com a esperança (Snyder, Rand & Sigmon, 2002) e com o otimismo (Carver & Scheier, 2002) no futuro;

O 2º pilar diz respeito às características individuais. Estudos relativos às características individuais referem-se a estudos que focam o perdão (McCullough & Witvliet, 2002), a espiritualidade (Pargament & Mahoney, 2002), o talento e a sabedoria (Baltes, Gluck & Kunzmann, 2002);

O 3º pilar refere-se ao funcionamento positivo das instituições e comunidades. Estudos sobre o funcionamento das instituições e comunidades referem-se às virtudes cívicas e às instituições que provocam mudanças nos indivíduos para que sejam melhores cidadãos, mais responsáveis, altruístas e tolerantes (Turner, Barling & Zacharatos, 2002) e à ética no trabalho (Handelsman, Knapp & Gottlieb, 2002).

Assim, a psicologia positiva coloca os seguintes desafios (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000):

- a) encontrar respostas para a relação entre experiências momentâneas de alegria e de longa duração de bem-estar;
- b) desenvolver uma biologia da experiência positiva e traços positivos;
- c) fazer surgir comunidades e instituições positivas.

Quanto ao processo de terapia positiva está subjacente o efeito anulador.

A alegria, o amor, a serenidade e o sentido de humor têm um valor adaptativo. Estas emoções positivas reduzem o impacto das emoções negativas, sendo isso o chamado “efeito anulador” (Fredrickson, 2003).

Por outras palavras, as emoções positivas ajudam o indivíduo a anular os efeitos das emoções negativas e a encontrar significados positivos em situações de stresse (Fredrickson, Branhnan & Tugade, 2000).

Pode-se, assim, afirmar que a psicologia positiva na sua prática clínica valoriza o funcionamento humano positivo para contrariar as próprias desordens. Forças e virtudes humanas servem de fatores protetores contra as situações de risco e adversidade (Duckworth, Steen & Seligman, 2005).

As estratégias de intervenção da psicologia positiva (Csikszentmihalyi, 1993; Seligman, 2002) são: a promoção gradual de esperança; a construção de forças protetoras, como a coragem; o desenvolvimento de competências interpessoais, como a introspeção, o otimismo, a autenticidade, a perseverança, a responsabilidade pessoal, a determinação e a narração construtiva que reconta as próprias histórias de vida segundo uma nova perspectiva.

Assim, a psicoterapia positiva contrasta com as outras terapias padrão para o tratamento da depressão, porque tem como objetivos aumentar a emoção positiva, o envolvimento e o significado, ao invés de se concentrar diretamente nos sintomas depressivos (Seligman, 1995).

Os exercícios de psicologia positiva aliviam os sintomas depressivos comparativamente a outras intervenções placebo cujos efeitos duraram menos tempo (ibd.).

Como tal, é importante compreender o que torna os indivíduos alegres, altruístas e as famílias e instituições saudáveis, bem como desenvolver intervenções eficazes para aumentar e sustentar os processos que levam os indivíduos a adotarem comportamentos e práticas mentais que são benéficas para eles (Gable & Haidt, 2005).

Isto porque, certas forças humanas amortecem o impacto de certas doenças mentais e explorar essas relações pode aumentar as oportunidades de prevenir e até ajudar a elucidar sobre a etiologia das próprias desordens (Aspinwall & Staudinger, 2003).

Assim sendo, o desenvolvimento pessoal do indivíduo requer aumentar a sua positividade através das emoções positivas, isto é, aquelas emoções que os indivíduos vivem de forma gratificante como, por exemplo, a alegria, o sentido de humor, o espanto e surpresa, a serenidade e o amor (Fredrickson, 2009).

Além disso, aumentar e mobilizar forças humanas como, por exemplo, incrementar a esperança, é já um ingrediente essencial para a eficácia da psicoterapia, mesmo que isso não seja explicitamente descrito em muitos dos trabalhos teóricos existentes (ibd.).

A investigação em psicologia positiva tem desenvolvido escalas de autorrelato, uma vez que considera a natureza subjetiva dos construtos avaliados. Os instrumentos são compostos por um pequeno número de itens em que os indivíduos se posicionam numa escala de Likert (Diener & Oishi, 2005).

Existem escalas com um único item (Diener & Diener, 1996; Fujita & Diener, 2005). Ou então, questionários muito extensos como é o caso de VIA (Values In Action) Inventory of Strengths, com 245 itens (Peterson & Seligman, 2004). No sistema de classificação para os aspetos positivos, Values in Action (VIA) – Classification of Strengths and Virtues Manual, as forças são classificadas a partir de características emocionais, cognitivas, relacionais e cívicas e de 6 grupos de virtudes que se traduzem em forças (Quadro 2).

Quadro 2: Virtudes e forças humanas

-
1. **Sabedoria e conhecimento:** Curiosidade/interesse, amor ao saber, pensamento crítico, originalidade/engenho, criatividade;
 2. **Coragem:** Perceção do valor próprio, competência/perseverança, integridade/honestidade, entusiasmo;
 3. **Amor:** Intimidade, bondade/generosidade/carinho, inteligência social;
 4. **Justiça:** Cidadania/dever/lealdade, trabalho de equipa/equidade/liderança;
 5. **Temperança:** Perdão/compaixão, modéstia/humildade, auto-controlo e auto-regulação, prudência/precaução;
 6. **Transcendência:** Apreciar a beleza/espanto, gratidão, esperança/otimismo, humor e divertimento, religiosidade ou propósito.
-

Todas as forças de caráter são valorizadas em praticamente todas as culturas do mundo, daí que se apliquem às mais diversas nacionalidades (Seligman, 2004). As forças mais aprovadas são a bondade, a lealdade, a autenticidade, a gratidão e a abertura de espírito (Park, Peterson & Seligman, 2004). Certas virtudes e forças como gratidão, esperança, curiosidade e amor, estão mais associadas à satisfação com a vida do que outras (ibid.). A participação ativa em atividades sociais e o envolvimento na comunidade estão também associados a altos níveis de felicidade e satisfação com a vida (Argyle, 1987; Helliwell, 2003; Helliwell & Putnam, 2004; Putnam, 2000).

Existem 6 características ou fatores associados a uma maior satisfação com a vida (Quadro 3) e com uma menor incidência de doenças físicas como, por exemplo, doenças cardiovasculares, limitações cognitivas e mortalidade (Ryff & Singer, 2003).

Quadro 3: Características ou fatores promotores do bem-estar

-
1. **Auto-aceitação.** O indivíduo tem uma atitude positiva perante si próprio, sendo capaz de integrar as boas e más qualidades e, também, sentir-se bem com o seu passado;
 2. **Relações positivas com os outros.** O indivíduo cria relações satisfatórias e confiantes com os outros, possui competências afetivas, empáticas e de intimidade;
 3. **Autonomia.** O indivíduo é independente, isto é, capaz de regular o comportamento internamente e de resistir a pressões sociais;
 4. **Controlo do ambiente.** O indivíduo sente-se competente, isto é, capaz de usar as oportunidades e escolher ambientes adequados aos seus valores e necessidades;
 5. **Propósito na vida.** O indivíduo sabe para onde encaminha a sua vida, tem metas, atribui sentido ao passado e ao presente;
 6. **Crescimento pessoal.** O indivíduo sente-se em crescimento pessoal, quer realizar o seu potencial.
-

Efeito das emoções positivas na saúde

As emoções de um modo geral, sejam positivas ou negativas, constituem tendências de respostas com múltiplos componentes, nomeadamente tensão muscular, libertação de hormonas, mudanças cardiovasculares, expressão facial, atenção e cognição, entre outras mudanças que se desdobram ao longo de um período de tempo relativamente curto (Fredrickson & Cohn, 2008).

Mas, existem diferenças no que se refere a certos aspetos.

As emoções positivas, comparativamente às emoções negativas, são ações vagas e pouco específicas. Por exemplo, a alegria está relacionada com uma ativação sem propósito, o contentamento com inatividade e o interesse com o participar (Frijda, 1986).

A função comum das emoções positivas é induzir os indivíduos a envolverem-se nos seus ambientes e a participarem em atividades, muitas das quais são evolutivamente adaptativas para os indivíduos, suas espécies, ou ambos (Cacioppo, Priester & Berntson, 1993; Fredrickson & Cohn, 2008; Frijda, 1994).

Por sua vez, as tendências de ação das emoções negativas são mais específicas e influenciam o corpo e a mente, sendo criada energia física substancial para atacar ou fugir e também reatividade cardiovascular elevada para redistribuir o fluxo sanguíneo para os músculos (Levenson, 1994).

Existe uma forte lacuna sobre as emoções positivas na saúde.

Tal, deve-se ao facto de inicialmente os estudos raramente medirem a saúde positiva, o estar realmente bem (Huppert, 2006). Assim, para maiores avanços na compreensão das emoções positivas e os seus efeitos na saúde, é preciso desenvolver medidas de estudos e marcadores biológicos de uma boa saúde (ibid.).

O renascimento da investigação em torno das emoções positivas começou com o crescente interesse na psicologia de uma “vida boa” e de programas de pesquisa que procuraram construir um modelo de emoções positivas (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 2006; Fredrickson, 1998; Ryff & Singer, 1998).

Os resultados de estudos sobre o efeito das emoções positivas na saúde indicam que as emoções positivas possuem a capacidade de retirar os indivíduos dos estados de stresse. Por exemplo, o bem-estar emocional, a alegria, a felicidade, a energia, a satisfação com a vida, a esperança, o otimismo e o humor estão associados a uma redução da mortalidade cardiovascular (Chida & Steptoe, 2008).

Mas, existem muitos mais resultados (Ashby, Isen & Turken, 1999; Bachorowski & Owren, 2001; Cohen & Ong & Allaire, 2005; Diener & Biswas-Diener, 2008; Fredrickson, 1998; Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin, 2003; Gil et al., 2004; Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan & Sieber, 2001; Koivumaa-Honkanen et al., 2000; Lox, Burns, Treasure & Wasley, 1999; Mahony, Burroughs & Lippman, 2002; Middleton & Byrd, 1996; Ostir, Markides, Black & Goodwin, 2000; Ostir, Markides, Peek & Goodwin, 2001; Pressman & Cohen, 2005; Pressman, 2006; Salovey & Birnbaum, 1989; Tugade & Fredrickson, 2004), tais como: uma melhoria na recuperação de respostas fisiológicas; menos depressão; uso de estratégias de *coping* que aliviam o stresse; melhores resultados na gravidez; menos ferimentos; melhor capacidade de tomada de decisão; mais comportamentos saudáveis; decréscimo do risco de doença; melhor função imunológica; recuperação mais rápida; aumento da longevidade; menos dor; menor incapacidade relacionada com condições crónicas de saúde; luta bem-sucedida contra a doença; menores taxas de reinternamento por problemas coronários; melhores auto-avaliações de saúde.

A investigação procura examinar o modo como as emoções positivas afetam o *coping* em situações que não podem ser resolvidas no imediato.

Estudos mostram que indivíduos que experienciam algum nível de emoções positivas a par das emoções negativas, mostraram melhor bem-estar psicológico um ano depois ou mais tarde (Moskowitz, Folkman & Acree, 2003; Stein, Folkman, Trabasso & Richards, 1997).

Tal ocorreu, até certo ponto, porque as emoções positivas apareceram associadas à capacidade de terem uma visão mais ampla e desenvolverem planos e metas para o futuro (ibd.).

Outros mostram ainda que adultos que lidaram com pensamentos suicidas e adultos que revelaram abuso sexual na infância mostraram melhor *coping* quando em certa medida a positividade acompanhou os seus sentimentos dolorosos (Bonanno et al., 2002; Joiner, Pettit, Perez & Burns, 2001)

Isto implica que para além dos recursos pessoais produzidos pelas emoções positivas poderem ser usados em momentos de necessidade, estes servem também para planejar resultados futuros tornando-se, assim, valiosos na facilitação de práticas comportamentais saudáveis (Fredrickson, 2000).

Deste modo, estes resultados contradizem as críticas comuns de que as emoções positivas são inúteis ou inapropriadas para os indivíduos em circunstâncias negativas.

Apesar de tudo, parecem existir mediadores entre as emoções positivas e a saúde que merecem atenção.

As emoções positivas são parcialmente hereditárias, sugerindo uma predisposição genética para a felicidade e para tristeza (Lykken & Tellegen, 1996; Nes, Roysamb, Tambs, Harris & Reichborn-Kjennerud, 2006; Schnittker, 2008; Sheldon & Lyubomirsky, 2004; Tellegen et al., 1988).

Para a expressão desses efeitos genéticos muitas vezes são necessários estímulos ambientais, isto é, o contexto social pode interferir na oportunidade e na frequência de expressão das emoções positivas (Diener, Lucas, Schimmack & Helliwell, 2009; Sheldon & Lyubomirsky, 2004).

Daí que, fatores comportamentais e sociais podem também mediar a ligação entre emoções positivas e saúde.

Indivíduos felizes tendem a ter estilos de vida saudáveis (Watson, 1988) e na esfera social mais amigos e mais experiências interpessoais positivas (Diener, Such, Lucas & Smith 1999).

A frequência de emoções positivas prediz melhor o bem-estar do que propriamente a sua intensidade (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

As cognições positivas, os comportamentos e capacidades são o combustível das emoções positivas (Fredrickson & Joiner, 2002).

A teoria *broden-and-build* das emoções positivas refere que a frequência de experiências positivas determina a ampliação dos processos cognitivos e construção de recursos de *coping* que levam mais tarde à resiliência (Fredrickson, 2004).

Daí que, este modelo levanta a possibilidade das emoções positivas serem importantes facilitadores na recuperação, acalmando ou anulando a ativação autónoma gerada pelas emoções negativas.

Estudos mostram que emoções positivas aparecem associadas a uma recuperação cardiovascular mais rápida, após um estado de excitação negativa (Fredrickson & Levenson, 1998).

Os indivíduos mais velhos apresentam maior risco de desenvolver doenças agudas ou crónicas (Hawkley & Cacioppo, 2004; Smith, 2003). Além disso, estão vulneráveis a experienciar alguns stressores psicossociais, como cuidar do cônjuge e luto (Moss, Moss & Hansson, 2001).

É, assim, necessária uma abordagem integrativa da adaptação positiva durante a idade adulta para que seja possível compreender como alguns indivíduos são capazes de manter e recuperar o bem-estar emocional, apesar da presença de desafios diários e adversidade (Ong, Bergman, Bisconti & Wallace, 2006).

As emoções positivas surgem nos contextos adversos, porque são um crucial componente do traço de resiliência (Tugade & Fredrickson, 2004; Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004).

Os indivíduos resilientes tendem a recorrer às emoções positivas e estratégias de *coping*, tais como: encontrar significado e reavaliação positiva (Affleck & Tennen, 1996; Folkman & Moskowitz, 2000), humor e infundindo sentido positivo a acontecimentos normais e objetivos dirigidos à resolução do problema (Billings, Folkman, Acree & Moskowitz, 2000; Folkman, 1997).

Estudos mostram fatores individuais e contextuais contribuem para uma adaptação bem-sucedida perante a adversidade (Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006), por exemplo:

a) os benefícios das emoções positivas são maiores quando os indivíduos estão sob stresse;

b) as emoções positivas são mais comuns entre indivíduos com alta resiliência;

c) indivíduos com baixa resiliência psicológica tendem a ter dificuldade em regular as emoções negativas e exibem intensa reatividade perante experiências diárias stressantes;

d) quando presentes, as emoções positivas são especialmente importantes para os indivíduos com baixa resiliência, particularmente num contexto de stresse;

e) ao longo do tempo, as emoções positivas servem para auxiliar os indivíduos resilientes na sua capacidade eficaz em recuperar da adversidade.

Existem vias intermediárias, no que diz respeito aos efeitos das emoções positivas sobre os benefícios para a saúde, durante uma fase mais tarde da vida (Ong, 2010) nomeadamente:

1. Revisões integrativas indicam que as emoções positivas estão associadas ao aumento de comportamentos saudáveis, por exemplo, uma melhor dieta, a prática regular de exercício físico e melhoria da qualidade do sono (Pressman & Cohen, 2005; Steptoe, Dockray & Wardle, 2009);

2. . As emoções positivas podem também alterar a vulnerabilidade à doença, através do amortecer de sistemas fisiológicos. Num estudo com 116 homens e 100 mulheres (45-59 anos), independentemente da idade, sexo, estatuto socioeconómico, fumar, índice de massa corporal e sofrimento psicológico, o traço de emoção positiva (agregados ao longo de um dia de trabalho e à noite) foi associado com menor nível de cortisol, menor frequência cardíaca e respostas reduzidas de fibrinogénio (marcador de capacidade imunitária) (Steptoe, Wardle & Marmot, 2005);

3. Outras evidências apontam para o papel atenuador das emoções positivas perante a exposição a stressores graves associados ao

envelhecimento, incluindo a dor (Zautra, Johnson & Davis, 2005), a inflamação (Steptoe, O'Donnell, Badrick, Kumari & Marmot, 2008) e a incapacidade (Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004);

4. As emoções positivas podem facilitar a recuperação mais rápida decorrente da ativação fisiológica do stresse. Forte evidência sobre a influência de emoções positivas na recuperação perante o stresse em adultos mais velhos é encontrada em estudos naturalistas revelando que a duração de stressores menores é mais curta após um período de elevada emoção positiva diária (Ong & Allaire, 2005).

Concluindo, a literatura demonstra que as emoções positivas facilitam a adaptação ao stresse. Isto porque, as emoções positivas promovem flexibilidade no pensamento e na resolução de problemas (Fredrickson & Branigan, 2005; Isen, Daubman & Nowicki, 1987), contrariam os efeitos fisiológicos das emoções negativas (Fredrickson & Levenson, 1998; Ong & Allaire, 2005), facilitam o *coping* adaptativo (Folkman & Moskowitz, 2004), constroem recursos sociais duradouros (Fredrickson & Branigan, 2001; Keltner & Bonnano, 1997) e criam espirais ascendentes de bem-estar (Fredrickson, 2000).

Efeitos das emoções negativas na saúde

As emoções negativas podem ser vistas como adaptações evolutivas que ajudaram os nossos antepassados a sobreviver na vida perante situações ameaçadoras, provocando tendências de ações específicas.

Por exemplo, a raiva cria a necessidade atacar e o medo cria a necessidade de escapar (Fridja, 1986; Lazarus, 1991), o desgosto a vontade de expulsar (Levenson, 1992; 1994).

Se esta reatividade cardiovascular for grande, recorrente ou prolongada, pode colocar os indivíduos em risco de desenvolver ou agravar doenças coronárias (Blascovich & Katkin, 1993; Williams, Barefoot & Shekelle, 1985).

Numerosos estudos mostram que emoções negativas (raiva, ansiedade, depressão) estão associadas à morbidade e mortalidade a partir de uma gama de doenças crônicas, doenças cardiovasculares (Barefoot, Dahistrom & Williams, 2000; Kubzanky & Kawachi, 2000), diabetes (Lustman, Frank & McGill, 1991) e asma (Friedman & Booth-Kewley, 1987).

O medo e a ansiedade funcionam como o combustível de fobias e outros transtornos de ansiedade (Ohman, 1993) e juntamente com o stresse agudo e crónico podem comprometer a função imunitária e criar suscetibilidades relacionadas com o stresse e doenças físicas (O'Leary, 1990).

Para alguns indivíduos, a tristeza e a dor podem aumentar a depressão (Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson, 1993) que, por sua vez, quando severa pode levar à imunossupressão (O'Leary, 1990), à perda de produtividade no trabalho (Coryell, Scheftner, Keller & Endicott, 1993) e ao suicídio (Chen & Disalver, 1996).

A raiva e a sua má gestão têm sido implicadas na etiologia das doenças cardíacas (Barefoot, Dahlstrom & Williams, 1983; Fredrickson et al., 2000; Scheier & Bridges, 1995; Williams et al., 1980) e alguns cancros (Eysenck, 1994; Greer & Morris, 1975).

Altos níveis ou a secreção prolongada da hormona do stresse, o cortisol, danifica a função imunológica. Por exemplo, indivíduos com um estilo de afeto positivo tiveram maior nível de função imunitária (Davidson et al., 2003).

Logo, a reatividade prolongada ao stresse é prejudicial, enquanto a rápida recuperação do stresse é benéfica para a saúde (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000).

Os comportamentos que são motivados pelas emoções negativas podem ter efeitos imediatos e a longo prazo na fisiologia e saúde (Richman et al., 2005).

Níveis altos e crónicos de emoções negativas como ansiedade, raiva e depressão estão associados comportamentos de saúde adversos.

Por exemplo, fumar, consumo excessivo de álcool, maior massa corporal e menor atividade física (Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas & Weiss, 1996; Kubzansky et al., 1997; Spielberger & Jacobs, 1982).

Além disso, as cgnições relativas à saúde podem ser frequentemente influenciadas pelas emoções e afetar a percepção do sintoma, a representação da doença ou crenças e as respostas de *coping* (Mayne, 2001).

Por exemplo, indivíduos com maior angústia emocional procuram cuidados de saúde mais frequentemente, comparativamente aos indivíduos não angustiados, por uma variedade de condições médicas, incluindo artrite (Vali & Walkup, 1998), síndrome do intestino irritável (Drossman, 1999) e psoríase (Scharloo et al., 2000).

Direções futuras e limitações

Fredrickson e Cohn (2008), apontam as seguintes direções:

1. Conexões fisiológicas e neurológicas. Por exemplo, relações entre medidas psicofisiológicas e resultados provenientes da meditação, ou ainda relações entre emoções positivas e hormonas;

2. Intervenções indutoras de emoções positivas. Perceber quais as melhores formas de integrar intervenções de emoções positivas, quais as intervenções que funcionam melhor atendendo a diferentes tipos de populações, como maximizar a sua eficácia e minimizar os custos e tempo, desenvolver intervenções que ensinem a como gerar emoções positivas e identificar as propriedades específicas das diferentes emoções;

3. Efeito de ampliação das emoções positivas. Como funciona o efeito de ampliação das emoções positivas e o que faz em situações específicas ou, quais as ações específicas que levam ao efeito construtivo de recursos pessoais ou, ainda que caraterísticas situacionais ou pessoais estão do outro lado das emoções positivas e encorajam o comportamento a novos recursos;

Além destes aspetos, é também necessário perceber de que forma as emoções positivas influenciam os resultados de saúde, mais tarde na vida.

São precisos estudos que tenham em atenção a interação entre o aumento da emoção positiva e a presença da diminuição da resiliência com a idade (Ong, 2010; Ong, Bergman, Bisconti & Wallace, 2006).

Uma questão de investigação ainda permanece, ou seja, é preciso descobrir qual a intensidade e frequência necessária para as emoções positivas contrariarem o efeito da espiral descendente e colocá-la em equilíbrio (Garland et al., 2010).

Quanto às limitações na área da psicologia positiva e saúde, têm sido levantadas questões (Campos, 2003; Harvey & Pauwels, 2003; Lazarus, 2003; Tennen & Affleck, 2003) sobre:

- a) a base conceptual e validade de construto de algumas das variáveis;
- b) a adequação metodológica dos dados;
- c) o nível de exagero e deturpação na imprensa popular;
- d) os potenciais efeitos adversos nos indivíduos.

Além disso, os benefícios dos estados emocionais positivos para a saúde podem não estar diretamente atribuídos aos sentimentos positivos, mas a práticas saudáveis ou fatores sociais (como o suporte social), que têm por sua vez efeitos sobre a saúde e a esperança de vida (Huppert, 2006).

Como tal, ainda não se sabe se as emoções positivas são a consequência de certos processos cognitivo-comportamentais ou a sua causa (ibd).

Finalmente existem alguns perigos relativos à promoção dos pensamentos e sentimentos positivos tanto na prevenção como no tratamento da doença.

Por exemplo, que os indivíduos, em geral, possam vir a acreditar que é possível vencer a doença pensando positivamente e que, se tal não estiver a acontecer, é porque não se está a pensar de modo positivo, rindo ou sendo espiritual o suficiente (Aspinwall & Tedeschi, 2010).

SECÇÃO 4

VARIÁVEIS DE ESTUDO

Reabilitação pós-AVC

No processo de recuperação pós-AVC, os estímulos utilizados devem promover a capacidade de reorganização cerebral. Para isso, combina-se a recuperação espontânea com estímulos terapêuticos, estímulos do ambiente sociofamiliar, tarefas básicas de autocuidado e atividades instrumentais da vida diária (Carod-Artal, Gonzalez-Gutierrez, Herrero, Horan & De Seijas, 2002).

A recuperação neurológica decorre essencialmente entre o primeiro e o terceiro mês pós-AVC (Gray et al., 1990). E, a recuperação funcional ocorre entre os três e os seis meses pós-AVC (Carod-Artal et al., 2002).

Os maiores progressos ocorrem nas primeiras semanas (Ashburn, 1997; Bruno, 2004). Embora não tão depressa, estes continuam a verificar-se até aos seis meses (Ashburn, 1997), período após o qual os ganhos continuam a ser mensuráveis, mas por períodos mais longos (Bruno, 2004).

Os principais fatores preditivos de sucesso na reabilitação são:

- a) idade jovem (Falconer, Naughton, Strasser & Sinacore, 1994);
- b) motivação (HersHKovitz, 2007);
- c) suporte social e familiar (ibd.);
- d) estado cognitivo (ibd.);
- e) ser casado (Anderson, 1994).

Os principais fatores preditivos de insucesso na reabilitação são:

- a) gravidade inicial do AVC (Duncan et al., 2005);
- b) extensão do AVC (ibd.);
- c) existência de défice anterior ao AVC (ibd.);
- d) tipo hemorrágico (Chae, Zorowitz & Johnston, 1996);

- e) incontinência urinária (Meijer et al., 2003);
- f) função do braço afetada (ibd.);
- g) distúrbios na cognição (Zinn et al., 2004);
- h) dependência económica (Anderson, 1994);
- i) suporte social (Ostir et al., 2002);
- j) educação (ibd.);
- k) número de comorbilidades (ibd.);
- l) depressão pós – evento (ibd.);
- m) presença de outras doenças (Bagg, Pombo & Hopman, 2002);
- n) ritmo mais lento de recuperação funcional dos mais velhos (ibd.);
- o) expectativas dos profissionais de saúde que tendem a subestimar o potencial do idoso e a investir menos na sua reabilitação (ibd.).

Posto isto, os principais aspetos da reabilitação (Gresham et al., 1997) são:

- a) prevenção, reconhecimento e gestão das complicações e comorbilidades;
- b) terapia para o máximo de independência;
- c) capacitação do indivíduo e família para se adaptarem;
- d) prevenção do défice secundário através da promoção da reintegração social;
- e) reforço da qualidade de vida tendo em conta o défice residual;
- f) prevenção de um segundo AVC ou outros eventos vasculares.

Funcionalidade nas ABVD pós-AVC

A funcionalidade é uma variável importante para a saúde e está associada à independência, à satisfação com a vida e à qualidade de vida (Ahlsio, Britton, Murray & Theorell, 1984; Beekley, 2006; Indredavik, Bakke, Siordahl, Rokseth & Haheim, 1998).

Grande parte dos indivíduos não pode andar sem assistência e demonstra limitações nas atividades básicas de vida diárias (Kelly-Hayes et al., 2003).

Enfrentam incapacidades, tais como: paralisia dos músculos, rigidez nas partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais (Skilbeck, 1996).

Quando a função motora pós-AVC fica comprometida, acresce o aumento do risco para os cuidados de enfermagem em casa e o risco de morte (Shen, Cordato, Chan, Hung & Karr, 2006; Stinema, Maislin, Fiedler & Granger, 1997).

Em média, as condições clínicas com maior grau de incapacidade surgem da associação do sexo feminino ao estado de coma, à paralisia, à afasia, aos problemas de deglutição e à incontinência urinária, sendo estes fatores preditivos de uma maior mortalidade até aos três meses após a lesão (Glader et al., 2003; Wyller, Sodring, Sveen, Ljunggren & Bautz-Holter, 1997; Zwecker et al., 2002).

Existem também outros fatores que em combinação com os anteriores são preditivos de menores *outcomes* funcionais, nomeadamente a diminuição acentuada ou ausência da funcionalidade do membro superior, a perda do equilíbrio na posição de sentado, a hemianopsia, a idade avançada, a diminuição da função cognitiva e sensorial e da motivação (ibd.).

A prevalência da diminuição da função cognitiva pós-AVC varia entre 11,6% e 56,3%, tendo por isso um forte impacto negativo na sobrevivência e recuperação a longo prazo destes indivíduos (Heruti et al., 2002; Patel, Coshall, Rudd, Charles & Wolfe, 2002).

Saúde Mental pós-AVC

A restrição no funcionamento físico e cognitivo do indivíduo sobrevivente ao AVC tende a piorar a saúde mental e a ter de viver com um maior número de comorbilidades (Clarke, Marshall, Black & Colantonio, 2002).

Verificam-se alterações psicológicas a nível emocional, tais como ansiedade, depressão, desânimo (Ribeiro, 2005).

Além disso, ocorrem alterações nas variáveis de autoreferência, como por exemplo na autoeficácia, no autoconceito, na autoestima e no suporte social, que, sendo consequência das sequelas do AVC, vão afetar o empenho e compromisso na reabilitação (ibid).

Assim, as incapacidades residuais do AVC afetam a identidade pessoal.

O indivíduo pode sentir-se insatisfeito consigo mesmo, desapontado com o ocorrido e desejoso de ser diferente do que é, considerar que não tem mais nada a fazer, nem projetos a cumprir, sentir-se afetado por sentimentos de estagnação, monotonia e falta de interesse na vida (Clarke, 2003; Ryff, 1989).

Existe um sentimento de descontinuidade entre o que eram e são agora, sendo necessário negociar novas identidades que tenham em conta as suas reduzidas capacidades físicas (Murray & Harrison, 2004).

Mas, nem sempre tal é conseguido e esse sentimento de descontinuidade sobre a sua identidade pode persistir por muito tempo após o AVC (ibid).

Verificam-se mudanças na personalidade, tais como, um exagero ou atenuação de alguns traços da personalidade pré-existente que, por sua vez, promovem dificuldades emocionais (Aben et al., 2002).

A irritabilidade, emocionalidade e o desenvolvimento de depressão são complicações frequentes (Gustafson, Nilsson, Mattsson, Astrom & Buncht, 1995; Hafsteinsdottir & Grypdonck, 1997).

Torna-se, assim, difícil lidar com a perda de controlo sobre as emoções, formar novos relacionamentos ou manter os existentes e a interação social (Murray & Harrison, 2004).

Além disso, estudos mostram que grande parte dos idosos sobreviventes ao AVC prefere morrer depressa, a sobreviver com elevadas incapacidades

(Gage, Cardinalli & Owens, 1996; Solomon, Glick, Russo, Lee & Schulman, 1994).

Os resultados de outros estudos mostram que os indivíduos mais velhos estão mais predispostos a rejeitar o tratamento (Lo, McLeod & Saika, 1986; Mattimore et al., 1997; Solomon et al., 1994).

Isto tudo, porque os indivíduos pós-AVC consideram-se um fardo para a família, sendo isso mais importante do que sobreviver (Hare, Pratt & Nelson, 1992).

O que parece influenciar as opiniões dos indivíduos perante a morte são variáveis, como por exemplo, a presença de dependentes, o suporte familiar e social e as experiências atuais e passadas ligadas à saúde (Frankl, Oye & Bellamy, 1989; Lo, McLeod & Saika, 1986; Mattimore et al., 1997; Wyller et al., 1997).

Em relação à depressão pós-AVC, esta aparece associada essencialmente ao prejuízo funcional, ao prejuízo cognitivo, a história anterior de depressão, à idade, sexo, história prévia de AVC, ao morar sozinho e ter uma rede social pobre (Terroni, Leite, Tinone & Fráguas, 2003) e à recusa de tratamento (Lee & Ganzini, 1992).

Alguns sinais podem fazer prever a depressão, tais como: distúrbios do sono, alterações na alimentação com súbito aumento ou perda de peso, letargia, falta de motivação, isolamento social, cansaço e ideias suicidas (Eastwood, Riaf, Nobbs & Ruderman, 1989; Hackett & Anderson, 2005).

A ansiedade pode aparecer devido a situações como, por exemplo, o medo de cair durante a transferência ou devido a um transtorno generalizado (Schultz, Castillo, Kosier & Robinson, 1997).

Posto isto, são os recursos internos e externos que o indivíduo dispõe, para lidar com as sequelas funcionais, psicológicas e sociais pós-AVC, que determinam a persistência dos estados de ansiedade e depressão (Laíns, Oliveira, Caldas, Azenha & Keating, 1993).

Quanto às necessidades dos indivíduos pós-AVC, estas mudam com o tempo (Hanger, Walter, Peterson, McBride & Sainsbury, 1998).

Na fase aguda existe o desejo de ser cuidado mas, mais tarde existe o desejo de maior autonomia (Pound, Bury, Gompertz & Ebrahim, 1995).

Deste modo, perante a crise decorrente de uma inesperada incapacidade aparecem grandes mudanças e dificuldades à adaptação que requerem o uso de estratégias de *coping* eficazes (Coleman, 1996).

Verifica-se que a personalidade, o estilo de *coping*, a atitude perante a doença, a visão de vida e as relações familiares dentro da família antes do AVC têm implicações para o resultado da adaptação à nova situação (Thompson, Sobolev-Shubin, Graham & Jangian, 1989).

É por isso que diferentes condições de vida quando associadas a incapacidades tendem a alterar a capacidade do individuo para manter um senso positivo de bem-estar subjetivo (Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002).

Assim sendo, para que ocorra a adaptação à situação desafiadora é preciso que o individuo se sinta autónomo, capaz de se relacionar com outras pessoas, reconheça as próprias limitações (Clarke, 2003) e encontre um sentido (Ryff, 1989).

Forças e Virtudes pós-AVC

Alguns indivíduos, nos primeiros meses pós-AVC, podem exibir uma enorme capacidade de resistência, relatando altos níveis de emoção positiva quando confrontados com este desafio de saúde (Ostir et al., 2008).

Deste modo, se os indivíduos tiverem maiores níveis de emoção positiva, então vão empenhar-se em mais pensamentos, comportamentos e atos volitivos que promovam a sua reabilitação (Dunn & Brody, 2008; Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Podem também reduzir sentimentos de depressão, reconhecer pequenos ganhos, ganhar esperança na mudança funcional e motivação para continuar com o tratamento ou com o programa de exercícios em casa (Seale, Berges, Ottenbacher & Ostir, 2010).

Além disso, tendem a participar mais em relacionamentos sociais, a ser otimistas quanto ao futuro, a ter mais sucesso no enfrentamento e a sentirem controle das suas vidas (Ostir, Markides, Peek & Goodwin, 2001).

O que parece estar por detrás destes maiores níveis de emoção positiva são o apoio social, a gratidão e o altruísmo que, por sua vez, estão associados ao aumento da sensação de bem-estar (Rozanski & Kubzansky, 2005).

Estudos indicam que perante o apoio social percebido, o otimismo e a preferência por respostas adaptativas de *coping*, torna-se reduzido o risco de doença cardiovascular e há maior resistência à infeção (Steptoe, Dockray & Wardle, 2009).

Em contrapartida, estudos mostram que se os indivíduos tiverem menores níveis de emoção positiva, verificam-se problemas no autocuidado e nas atividades habituais (Versteeg et al., 2009).

Há ainda declínio crescente no estado funcional durante o período de seguimento, se os níveis de emoção positiva forem baixos (Brummett, Morey, Boyle & Mark, 2009).

Pode-se também verificar humor deprimido, ansiedade e desesperança (Ostir, Markides, Peek & Goodwin, 2001).

Um menor nível de percepção de prazer na vida foi também associado a maiores riscos de incidência da doença cardiovascular e mortalidade (Shirai et al., 2009).

Isto porque, o stresse crónico e os estados emocionais negativos aumentam a frequência cardíaca e a pressão arterial (Rozanski & Kubzansky, 2005).

Deste modo, perante condições de stresse, as emoções positivas podem ajudar a prevenir emoções negativas como a depressão ou a ansiedade (Lazarus, 1991).

As emoções positivas atuam como um amortecedor das consequências fisiológicas negativas do stresse e, conseqüentemente, aumentam os recursos cognitivos, físicos e sociais que são benéficos para a saúde (Fredrickson, 2003).

Estudos mostram que perante níveis altos de emoção positiva há a redução do risco de aparecimento de incapacidade e fragilidade em populações idosas (Fisher et al., 2004; Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004).

Há também menor incidência da doença coronária e do AVC (Ostir, Markides, Peek & Goodwin, 2001; Steptoe, Wardle & Marmot, 2005).

Os indivíduos com estado de humor positivo, comparativamente a indivíduos com estados de humor negativos ou estados de humor neutros, têm um foco mais amplo de atenção (Gasper & Clore, 2000).

Além disso, geram mais ideias nas tarefas de resolução de problemas (Fredrickson & Branigan, 2005).

Daí que, promover estratégias de *coping* relacionadas com a ocorrência e a manutenção das emoções positivas (reavaliação positiva, resolução de problemas, atribuir significado positivo aos acontecimentos normais) ajuda a amortecer o stresse (Folkman & Moskowitz, 2000) e o humor deprimido (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998), promovendo relações mais próximas, uma apreciação mais rica pela vida e o bem-estar psicológico (Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004).

Elementos como a compreensibilidade, o gerenciamento e o significado constituem o sentido de coerência (Antonovsky, 1987) que se mostra útil numa situação de adversidade. Quer isto dizer que:

1. se os acontecimentos indesejados forem compreendidos pelo indivíduo, então podem ser menos stressantes;
2. se os indivíduos perceberem que têm os recursos necessários (podem ser internos ou controlados pelos outros que têm boas intenções) para lidar ou gerir esses acontecimentos, esses acontecimentos também serão menos stressantes, ainda que indesejados;

3. o significado pode ser encontrado nas piores circunstâncias e certos indivíduos podem estar aptos a encontra-lo, sendo este elemento muito importante para que os indivíduos se mantenham saudáveis.

Por conseguinte, é importante que o indivíduo faça uma avaliação positiva da sua situação. Só assim conseguirá fazer uma mudança de prioridades e o estabelecimento de novos objetivos e significados (Lazarus & Folkman, 1984).

Por outras palavras, ser capaz de reconhecer o seu progresso permite que continue a reabilitação, aumente os níveis de emoção positiva e enfraqueça os efeitos do stresse e emoções negativas que, frequentemente ocorrem logo após o AVC (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000).

Além disso, o estabelecer uma orientação para o futuro permite ao indivíduo aumentar os seus níveis de emoção positiva, sentir-se motivado para agir e realizar mudanças favoráveis após a situação de dependência funcional (Dunn, Elliot & Uswatte 2009).

É igualmente importante criar e reforçar as expetativas de eficácia pessoal, ou seja, a convicção de que o próprio indivíduo é capaz do comportamento adequado para obter o resultado (Bandura, 1982).

Isto porque, um processo de adaptação positiva num contexto de adversidade ou risco, pressupõe a capacidade de ser resiliente, uma força necessária para a saúde mental do indivíduo (Dell’Aglia, Koller & Yunes, 2006).

Os indivíduos resilientes caracterizam-se por:

a) uma emocionalidade positiva, isto é, são tolerantes perante a mudança, não perdem o controlo perante as dificuldades, assimilam as situações difíceis sem ter um otimismo exagerado ou um discurso derrotista (Zimmerman & Arunkumar, 1994);

b) procedem de modo energético perante a vida, são curiosos e abertos a novas experiências, usam as emoções positivas para atingir resultados eficazes de *coping* através do humor e da exploração criativa usam o relaxamento e o pensamento otimista como estratégias de *coping* (Anthony,

1987; Block & Block, 1980; Cohler, 1987; Klohnen, 1996; Masten, 2001; Masten & Reed, 2005; Werner & Smith, 1992; Wolin & Wolin, 1993);

c) têm um senso de mestria sobre a própria vida que lhes permite uma maior frequência de emoções positivas e uma recuperação mais rápida perante acontecimentos específicos de vida stressantes (Carver, 1998; Fredrickson, 2001; 2005; Friedli, 2009; Herrman, Saxena & Moodie, 2005; Masten & Reed, 2005; Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004).

Posto isto, podem ser realizadas intervenções no sentido de promover a resiliência psicológica, ou seja, promover uma adaptação e resultados positivos através do ensino de competências para o estabelecimento da autonomia e de objetivos (Friedli, 2009; Yates & Masten, 2004).

Esta promoção da resiliência pode ser feita nos indivíduos desenvolvendo o otimismo e estratégias para lidar com os acontecimentos, entre indivíduos promovendo o suporte social e ao longo de níveis sociais investindo na saúde pública e nos sistemas educativos (Masten & Reed, 2005).

Perante a capacidade de resiliência, os indivíduos não só cultivam emoções positivas em si próprios como também são hábeis em desencadear emoções positivas em outros indivíduos que estejam próximos, originando assim um trabalho de apoio no processo de enfrentamento (Demos, 1989; Kumpfer, 1999; Werner & Smith, 1992).

É importante referir a rede de suporte. Esta permite lidar melhor com a adversidade. O indivíduo ao partilhar sente maior segurança e encontra mais facilmente soluções para a situação (Lyubomirsky, 2008).

São as relações de maior proximidade que promovem maior bem-estar (Diener & Biswas-Diener, 2008) e menor depressão e ansiedade (Haidt, 2006).

O otimismo, o benefício percebido, o apoio social e a redução da ansiedade constituem fatores de resiliência (Antoni, Carver & Lechner, 2009), podendo afetar a fisiologia do stresse (Antoni & Lutgendorf, 2007; Antoni et al., 2006).

Daí que, o desenvolvimento de estratégias de *coping* focadas, técnicas de redução da ansiedade, o treino de competências sociais que melhora a capacidade de utilizar o apoio social, pode ter um efeito salutar sobre o funcionamento do sistema imunológico (ibd.).

Entende-se por estratégias de *coping*, esforços cognitivos e comportamentais que o individuo utiliza para enfrentar as adversidades do meio (Folkman & Lazarus, 1980).

Mas, o otimismo aprendido não é sobre olhar o mundo através de óculos cor-de-rosa ou ter expetativas irrealistas e enganadoras (Schneider, 2001).

Pelo contrário, é sobre ensinar competências necessárias para promover a saúde mental e evitar preocupações excessivas, ruminação ou espirais de pensamentos negativos (Reivich & Shatte, 2002; Seligman, 1998).

O otimismo é um traço relativamente estável e há uma associação inversa com o risco de morte cardiovascular (Giltay et al., 2006). Este aparece associado a uma saúde positiva, prevendo:

a) maior apoio social percebido e interações sociais de maior qualidade (Brissette, Scheier & Carver, 2002; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Pressman & Cohen, 2005; Srivastava, McGonigal, Richards, Butler & Gross, 2006);

b) melhor função imunológica e benefícios fisiológicos tais como, diminuição a reatividade cardíaca, procura e aceitação de suporte social, mais formas ativas de *coping*, melhor atenção para a informação relativa aos riscos de saúde e posterior tomada de decisão médica, melhores práticas de saúde, e melhor gestão a longo prazo possíveis riscos de saúde e doenças graves (Aspinwall & MacNamara, 2005; Aspinwall, Richter & Hoffman, 2001; Taylor & Sherman, 2004; Taylor et al., 2000);

c) múltiplos resultados de saúde a curto e a longo prazo (Chida & Steptoe, 2008; Howell, Kern & Lyubomirsky, 2007; Rasmussen, Scheier & Greenhouse, 2009);

d) melhor recuperação física imediatamente após cirurgia de revascularização do miocárdio e até 6 meses pós-cirurgia (Carver & Scheier, 1993);

e) várias formas de comportamentos de saúde preventivos e de autocuidados, incluindo mais exercício, uma dieta saudável e não fumar (Giltay, Kamphuis, Kalmijn, Zitman & Kromhout, 2006; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2007; Taylor et al., 1992);

f) melhores taxas de sobrevivência (Giltay et al., 2006; Allison, Guichard, Fung, & Gilain, 2003); estratégias de *coping* mais flexíveis (Nes & Segerstrom, 2006);

g) melhor percepção da sua capacidade para lidar com potenciais acontecimentos traumáticos (Benight & Bandura, 2004);

h) melhor adesão médica, incluindo a participação nos esforços de reabilitação (Cooper, Lloyd, Weinman & Jackson, 1999);

i) mudanças positivas no funcionamento do sistema imunitário (Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998);

j) melhor recuperação de certos procedimentos médicos (Scheier et al., 1989).

Teorias recentes constataram que muitos dos efeitos do otimismo disposicional para a saúde são paralelos aqueles previstos pela emoção positiva de esperança (Aspinwall & Leaf, 2002).

São as aptidões ou competências baseadas no otimismo aprendido, como crenças desafiantes, pensamentos de evitamento, acalmar e focar-se, e colocar as coisas em perspectiva, que podem melhorar a resiliência psicológica dos indivíduos (Lorig et al., 2000).

Assim, estados positivos promovem respostas adaptativas a informações negativas (Abele & Gendolla, 2007; Aspinwall & Brunhart, 1996; Crocker, Nijja & Mischkowski, 2008; Das & Fennis, 2008; Raghunathan & Trope, 2002; Reed, & Aspinwall, 1998; van Koningsbruggen, Das & Roskos-Ewoldsen, 2009; Gervy, Igou & Trope, 2005; Trope & Neter, 1994; Trope & Pomerantz, 1998).

Concluindo, as intervenções que promovem emoções positivas, expectativas ou mudanças de vida em indivíduos perante situação de doença ou perda, desempenham um papel importante na gestão eficaz da situação (Aspinwall & Tedeschi, 2010).

SECÇÃO 5

INTERVENÇÃO PSICOLOGICA POSITIVA EM GRUPO

O Modelo *broaden-and-build* das emoções positivas

O modelo *broaden-and-build* das emoções positivas pressupõe que as emoções positivas têm o potencial de conter a excitação automática gerada por emoções negativas e ampliar a atenção, pensamentos e repertórios comportamentais (Fredrickson, 2001).

As principais emoções positivas identificadas neste modelo são (Fredrickson, 2000):

a) a alegria que envolve a exploração, invenção e o brincar, sugerindo assim uma tendência não específica de pensamento-ação;

b) o interesse que gera o sentimento de querer investigar, envolver-se ou expandir o *self* incorporando nova informação e tendo novas experiências com alguém ou com o objeto que estimula o interesse;

c) o contentamento que impele os indivíduos a apreciar o momento ou experiências recentes, sendo assim uma forma reflexiva e ampliadora de formas de se ver a si mesmo e ver o mundo.

Embora a forma e função das emoções positivas sejam distintas das emoções negativas, elas também são complementares.

As emoções negativas (medo, raiva e tristeza) restringem a ação individual do pensamento momentâneo para ações específicas que servem de funções ancestrais da sobrevivência. Por sua vez, as emoções positivas (alegria, interesse e contentamento) ampliam o repertório momentâneo de pensamento e ação do indivíduo e podem construir recursos pessoais duradouros e que também serviram a função ancestral da sobrevivência (Fredrickson, 1998).

Assim, as emoções positivas têm uma função tampão, fornecendo um antídoto útil para os problemas associados com as emoções negativas e problemas de saúde (Fredrickson, 2000).

Estudos mostram que aos indivíduos a quem foram pedidas emoções positivas (contentamento e alegria), imediatamente depois de uma situação de stresse, apresentaram recuperação cardiovascular mais rápida (redução dos batimentos cardíacos e da pressão sanguínea) do que aqueles que estavam no grupo de comparação (Fredrickson, 1998).

Outros estudos mostram que as emoções positivas (alegria e contentamento) alargam o âmbito da atenção visual do indivíduo e o repertório de pensamentos momentâneos para a ação, comparativamente a estados neutros e a emoções negativas, de ativação baixa e alta (Fredrickson & Branigan, 2005).

Acresce ainda o facto de as emoções positivas promoverem a sobrevivência a longo prazo, incrementando recursos que podem ser usados perante ameaças mais tarde inevitáveis (Fredrickson, 1998).

Isto porque, ao longo do tempo e com as experiências repetidas de emoções positivas, a amplitude de pensamentos pode tornar-se habitual (Fredrickson, 2000).

Experimentar emoções positivas leva a estados de mente e modos de comportamento que indiretamente preparam o indivíduo para tempos mais difíceis no futuro, por exemplo: a criança que brinca no pátio da escola ou os adultos que desfrutam de um jogo de basquetebol no ginásio. Embora as suas motivações imediatas sejam simplesmente hedonistas, apreciar o momento, eles estão ao mesmo tempo a construir recursos físicos, intelectuais, psicológicos e sociais. A atividade física leva a longo prazo a progressos na saúde, as estratégias de jogo desenvolvem a capacidade de resolução de problemas e a camaradagem fortalece laços sociais que podem fornecer apoio crucial em algum momento no futuro (Fredrickson, 2003).

Os resultados mostram que as emoções positivas podem quebrar com a espiral na qual o humor deprimido e o pensamento pessimista aumentam os níveis clínicos de depressão (Peterson & Seligman, 1984).

Por outras palavras, as emoções positivas podem iniciar uma espiral ascendente que faz com que os indivíduos se sintam bem no momento presente, ampliem mentalidades e construam recursos que aumentam a probabilidade de se sentirem bem no futuro (Fredrickson & Cohn, 2008). O efeito ascendente da espiral está representado na figura 1.

Fredrickson e colaboradores (2008) realizaram a seguinte intervenção:

Durante oito semanas, os participantes do grupo experimental foram treinados a meditar sobre a bondade, uma prática semelhante à meditação de *mindfulness* (atenção plena) mas que se concentra deliberadamente na geração e ampliação de um espírito baseado em emoções positivas como a compaixão e o amor.

Os participantes foram comparados com um grupo de controlo de participantes que ficaram numa lista de espera para o mesmo seminário de meditação.

Todos os participantes relataram diariamente as suas experiências de emoções positivas e negativas. Preencheram antes e após a intervenção questionários para avaliar recursos psicológicos, sociais, mentais e físicos, mais a sua satisfação com a vida.

Após 3 semanas de prática, os participantes do grupo de meditação começaram a experimentar diariamente níveis mais elevados de emoções positivas do que aqueles que estavam na lista de espera do grupo de controlo.

Após 8 semanas, os participantes também mostraram aumentos em vários recursos pessoais, incluindo saúde física, ação para atingir objetivos importantes, habilidade para apreciar experiências positivas e qualidade nos relacionamentos próximos.

Estes ganhos foram mediados pelo aumento da emoção positiva. Os mediadores mostraram um aumento, relativamente ao grupo de controlo, na satisfação com a vida e este ganho foi mediado pelo aumento dos recursos.

Podem-se ver na figura 2, os resultados referidos.

Como tal, as emoções positivas levam os indivíduos a construírem uma variedade de recursos importantes para o aumento da satisfação com a vida e o funcionamento em geral (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008).

Mas, as emoções positivas não transformam só os indivíduos. As emoções positivas podem também transformar grupos de indivíduos, no interior de comunidades e organizações.

A transformação comunitária é possível porque a emoção positiva de cada indivíduo pode ressoar através de outros, por exemplo atos de compaixão (Frederickson, 2003).

Outros estudos estiveram na origem deste modelo, indicando que as emoções positivas produzem padrões de pensamento pouco comuns, flexíveis, criativos e abertos à informação. Em termos gerais, o afeto positivo amplia o contexto cognitivo (Estrada, Isen & Young, 1997; Isen & Daubman, 1984; Isen et al., 1985; Isen, 1987; Isen, Daubman & Nowicki, 1987).

Como tal, estes estudos são consistentes com os efeitos de ampliação das emoções positivas proposto no modelo *broaden-and-build* das emoções positivas (Fredrickson, 1998).

Uma implicação do modelo *broaden-and-build* das emoções positivas é que estas regulam os efeitos cardiovasculares persistentes das emoções negativas. A hipótese do efeito anulador foi testada numa série de três experiências (Fredrickson & Levenson, 1998; Fredrickson et al., 2000), nomeadamente:

Cada investigação induziu experimentalmente uma grande excitação emocional negativa que produziu o aumento da reatividade simpática (aumento da frequência cardíaca, vasoconstrição e pressão arterial);

Logo após a excitação emocional negativa os participantes foram distribuídos aleatoriamente para verem um filme emocionalmente evocativo de alegria, contentamento, neutralidade e tristeza;

Os participantes perante condições de excitação emocional positiva (alegria e contentamento) apresentaram recuperação cardiovascular mais rápida, comparativamente aos participantes que estiveram perante condições de excitação emocional neutra e negativa;

Portanto, as emoções positivas parecem ter uma capacidade única para regular fisiologicamente as emoções negativas persistentes, no sentido de as anular (ibd.).

Este modelo representa, assim, um quadro teórico explicativo do significado funcional das emoções positivas na saúde. E, “sentir-se bem” é muito mais do que a ausência de ameaças. Tal, pode transformar o indivíduo para melhor, tornando-o mais otimista, resiliente e socialmente conectado.

Além disso, o efeito anulador sugere que as emoções positivas podem reduzir o “estrago” fisiológico do sistema cardiovascular mantido pelo sentir de emoções negativas e também aumentar a probabilidade do indivíduo sentir-se bem no futuro (Fredrickson, 2003).

Por tudo isto, torna-se necessário desenvolver métodos para experimentar mais emoções positivas e mais vezes. Tal, é possível através do desenvolvimento indireto de emoções positivas.

Por exemplo, encontrando significado positivo dentro das circunstâncias atuais, ou seja, encontrando benefícios dentro da adversidade, infundindo significado a acontecimentos normais ou também através de técnicas de relaxamento que ampliam a emoção positiva do contentamento (Fredrickson, 2000).

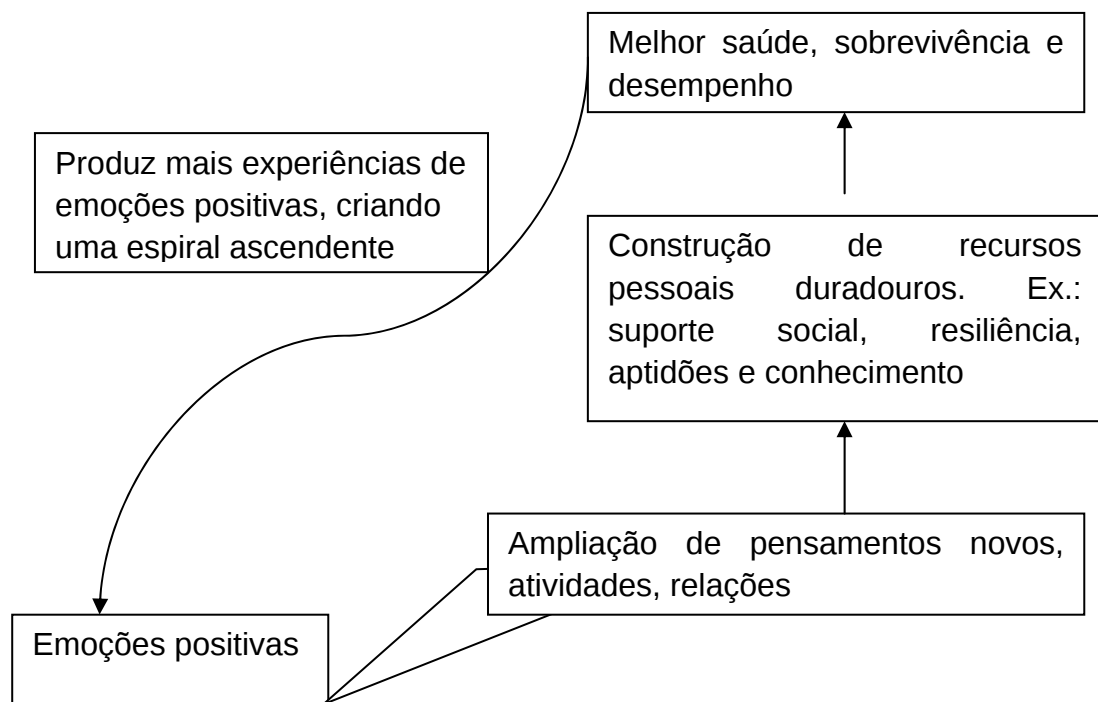


Figura 1: Modelo *broaden-and-build* das emoções positivas

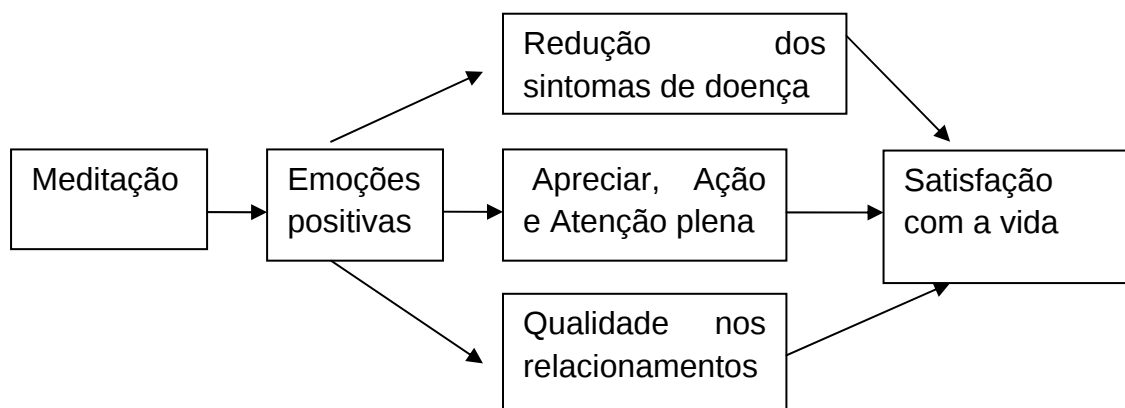


Figura 2: Resultados de uma intervenção promotora de emoções positivas

Estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas

As emoções não podem ser inculcadas diretamente, daí serem necessárias estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas. Estas, não são simplesmente métodos para tratar e prevenir a doença e o sofrimento, pois elas promovem a construção de força pessoal, resiliência e saúde (Fredrickson, 2000). Por outras palavras, ao induzirem emoções positivas permitem contrariar os efeitos das emoções negativas, ampliar o repertório habitual do pensamento-ação do indivíduo e construir os recursos pessoais para enfrentar as situações e otimizar a saúde e o bem-estar (ibd.).

Recordar acontecimentos bons do passado

Sentir satisfação face ao passado é uma forma de aumentar os níveis de felicidade, o prazer e a positividade (Vitterso, Overwien & Martinsen, 2009).

Por outras palavras, treinar a atenção sobre o bom, o bem e o belo torna os indivíduos mais sensíveis a eles, dando uma imagem da vida com grandes razões para valer a pena (Rivero & Marujo, 2011).

Deste modo, se o afeto do indivíduo for positivo, verificam-se melhores resultados na saúde física e mental (Pressman & Cohen, 2005), ou seja: melhorias na recuperação de respostas fisiológicas (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000; Tugade & Fredrickson, 2004); menor depressão e estratégias de *coping* que aliviam o stresse (Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin, 2003).

Encontrar crescimento pessoal

Muitas vezes é preciso lembrar e reinterpretar o passado para dar sentido aos acontecimentos, mesmo aqueles que sejam traumáticos e crescer com eles (Haidt, 2006).

É comum experimentar crescimento pessoal perante as consequências de acontecimentos negativos, como a doença física (Stanton, Bower & Low, 2006).

Por exemplo, encontrar significado positivo em importantes acontecimentos de vida, tais como graves problemas de saúde ou a morte de um ente querido, prevê o bem-estar e a saúde a longo-prazo (Affeck & Tennen, 1996).

O próprio sofrimento pode ser visto como transformador (Bauer, McAdams & Pals, 2008).

Indivíduos que estavam a recuperar de um problema de saúde grave mostraram maior apreciação pela beleza, bravura, curiosidade, justiça, perdão, gratidão, humor, bondade, amor por apreender e espiritualidade, estando a bravura, bondade e humor relacionadas com a satisfação com a vida (Park, Peterson & Seligman, 2006).

Acredita-se, assim, que existem múltiplas trajetórias “normais” para a experiência de pensamentos e sentimentos negativos após a perda (Bonanno et al., 2002).

Mudanças positivas foram também reportadas empiricamente (Joseph & Linley, 2005), após doenças crônicas, ataques cardíacos, cancro da mama, transplantes da medula óssea, SIDA, agressão sexual, combate militar, desastres marítimos, acidentes de avião, tornados, tiroteios, luto, lesões, recuperação de dependência de substâncias, pais de crianças com deficiência.

Portanto, o crescimento pós-traumático valoriza a transformação do indivíduo na sequência de acontecimentos traumáticos (Janoff-Bulman, 1992). Essa transformação exige uma reconceituação das crenças fundamentais sobre si mesmo, dos outros e do futuro (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Através da identificação de capacidades individuais para lidar com o pior da vida, da tomada de consciência sobre as pessoas mais importantes na sua vida e da reflexão sobre o seu propósito de vida, dá-se o crescimento pessoal, a identificação e desenvolvimento de forças e virtudes (Lyubomirsky, 2008).

Existe assim, maior sentimento de força pessoal, maior valorização da vida, melhoria das relações com os outros, mudança espiritual, desenvolvimento e novas oportunidades de vida (Taku, Cann, Cahoun & Tedeschi, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Agradecer

A gratidão tem sido definida de diferentes formas, nomeadamente como emoção, como virtude moral, como recurso de forças pessoais, como afeto moral e como característica afetiva (Emmons & Crumpler, 2000; Emmons & Shelton, 2002; Lazarus & Lazarus, 1994; McCullough, Emmons & Tsang, 2002; McCullough, Kilpatrick, Emmons & Larsen, 2001).

Além disso, mostra beneficiar: o bem-estar no presente e probabilidade de um bom funcionamento no futuro; a saúde (melhorias na qualidade e tempo de sono, menos dores físicas); o olhar otimista sobre o futuro; a satisfação das experiências; a adaptação; o reinterpretar positivo de experiências de vida negativa; a satisfação com a vida; o otimismo; menos queixas de saúde (Emmons & McCullough, 2003; Emmons & McCullough, 2003; Fredrickson, 2004; Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky, Sheldon & Schkade 2005; Nes et al., 2006).

O chamado exercício das três “bênçãos” ou três momentos felizes do dia, desenvolvido por Seligman e seus colegas, mostra que os indivíduos que passam a introduzir esta prática como uma rotina no seu dia-a-dia melhoram os seus níveis de bem-estar (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

Perdoar

Quando os indivíduos estão ressentidos e a funcionar mal com a vida, a estratégia para eliminar o negativo das suas vidas terá de ser perdoar (Rivero & Marujo, 2011).

A relevância do perdão está em permitir ao indivíduo deixar de ser controlado pelos sentimentos negativos. É possível ao indivíduo aceitar o erro e as suas limitações ou as dos outros, abrindo hipóteses para uma nova oportunidade (Enright, 2008).

Deste modo, perante a adversidade, é importante promover atividades que estimulem emoções e pensamentos positivos para facilitar o funcionamento ótimo (Rivero & Marujo, 2011).

Os indivíduos ao aprenderem a responder de forma reparadora quando são maltratados pode implicar, para alguns, o desenvolvimento de recursos psicológicos em direção a um maior-bem-estar (ibid.)

São 4 as fases do perdão (Enright, 2008):

1. Desocultação da raiva. Como evitou lidar com a sua raiva? Enfrentou a raiva? Tem medo de expor a sua vergonha ou culpa? A raiva afetou a sua saúde? Tornou-se obsessivo em relação à ofensa ou ao ofensor? Compara a sua situação com a do ofensor? A ofensa mudou a sua visão do mundo?

2. Decidir perdoar. Decidir o que tem feito e não resultou; estar disposto a iniciar o processo de perdão; decidir perdoar;

3. Trabalhar o perdão. No sentido da compreensão, da compaixão, aceitar a dor; oferecer uma dádiva ao ofensor;

4. Descobrir e libertar-se da prisão emocional. Descobrir o significado do sofrimento; a necessidade que a pessoa tem do perdão; que não está só; o propósito da sua vida; a liberdade associada ao perdão.

Estilo explicativo da realidade

O estilo explicativo da realidade pode prever a depressão e outros resultados negativos relacionados com a saúde física (Buchanan, 1995; Peterson, 1998).

Desqualificar o positivo, tirar conclusões precipitadas e personalizar, entre outras distorções do pensamento, pode desencadear mal-estar emocional. Por isso, é importante desconstruir esses pensamentos “irracionais”, através de um diálogo construtivo e positivo (Burns, 1980).

De acordo com o modelo Atenção, Interpretação e Memória (AIM) de Diener e Biswas-Diener (2008), as pessoas mais felizes dão mais atenção ao positivo e gratificante da sua vida (atenção), consideram os acontecimentos neutros como positivos e a adversidade como um meio de crescimento pessoal (interpretação), e recordam mais aspetos positivos da sua vida (memória).

Daí que seja necessário desenvolver um estilo explicativo da realidade positivo. Os indivíduos podem mudar o seu estilo explicativo da realidade, mediante a aprendizagem de maneiras de pensar e reagir de forma otimista que melhoram a sua resiliência (Buchanan & Seligman, 1995; Friedli, 2009; Reivich & Shatte, 2002; Seligman, 1998).

Aprender a explicar os maus acontecimentos tendo em consideração as causas externas, instáveis e específicas, é também chamado de otimismo aprendido e alivia e evita a depressão (Fredrickson, 2000).

Atribuir significado positivo em acontecimentos normais

Encontrar significado positivo na vida diária tem importantes repercussões psicológicas, uma vez que as fontes diárias de significado positivo predizem a recuperação do humor deprimido e bem-estar a longo-prazo (Folkman, Chesney, Collette, Boccillari & Cooke, 1996).

Aumentar as atividades agradáveis

Aumentando o empenho nas atividades agradáveis, consegue-se diminuir os níveis de depressão (Lewinsohn & Gotlib, 1995).

Foi desenvolvido um conjunto de estratégias (incluindo o treino da assertividade, competências sociais, relaxamento, tomada de decisão e gestão de tempo) com o objetivo de baixar a intensidade e frequência de acontecimentos desagradáveis de indivíduos deprimidos e, aumentar as suas taxas de empenhamento em atividades agradáveis (ibd.).

Os resultados mostraram que as técnicas comportamentais para a depressão tinham sido eficazes, pois aumentaram o empenho nas atividades agradáveis e diminuíram os níveis de depressão. Contudo, não foi possível compreender os mecanismos responsáveis pelos benefícios terapêuticos, levantando assim a possibilidade de que o aumento de atividades agradáveis possa ser sinal da remissão da depressão e talvez não a sua causa (ibd.).

Atividades de lazer evidenciam menor risco de ansiedade ou depressão e uma melhor auto-estima (Argyle, 2001). E, o exercício físico tem sido utilizado com sucesso no tratamento de depressões (Hawkes, 1992). Verifica-se a libertação de endorfinas que promovem a sensação de bem-estar emocional e fortalece o sistema imunitário (Petosa & Hartz, 2009).

Explorar crenças espirituais ou religiosas

Emoções positivas, como a felicidade, admiração, respeito e alegria estão relacionadas com religiosidade e espiritualidade, sendo que a oração, a meditação e o culto levam ao bem-estar psicológico na vida adulta (Day, 2010).

A participação religiosa tem sido associada a um maior apoio social percebido e um maior significado encontrado na perda (McIntosh, Silver & Wortman, 1993). E, as crenças espirituais, mediante um quadro do tipo ativo-cognitivo, permitem aos indivíduos enfrentarem as crises ameaçadoras e favorecer o suporte social e emocional (Holland et al., 1999).

Assim, mantendo crenças espirituais ou religiosas ou outra maneira de apreciar o significado da vida pode aumentar a probabilidade dos indivíduos encontrarem significado positivo (Frankl, 1959; Folkman, 1997).

Por conseguinte, a religião e espiritualidade são consideradas importantes na saúde, no bem-estar, nos relacionamentos com os outros, na construção de significado e nas estratégias de *coping* perante dificuldades na vida, contribuindo para o sentimento de que a vida é organizada e boa (Emmons & Paloutzian, 2003; Hill et al., 2000; Hood, 2003; Miller & Thoresen, 2003; Pargament, 1997; Park, 2005; Shafranske, 2002; Shafranske & Bier, 1999; Zinnbauer & Pargament, 2005).

Por exemplo, um estudo exploratório com pacientes com melanoma e seus familiares mostrou que encontrar significado religioso ou espiritual para a história familiar de cancro previu uma maior aderência aos comportamentos fotoprotetores recomendados e menos relatos de queimaduras solares (Leaf, Aspinwall & Leachman, 2010).

Assim, a influência da religiosidade/espiritualidade aparece como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças e redução de óbito ou impacto de diversas doenças, sendo portanto um promissor campo de investigação (Guimarães & Avezum, 2007).

Terapias de relaxamento

As terapias de relaxamento cultivam as emoções positivas de contentamento, ampliando o repertório momentâneo individual do pensamento-ação. Podem derivar do efeito anulador das emoções positivas e construir recursos pessoais que podem mais tarde ser usados como estratégia de *coping* para melhorar a saúde e bem-estar (Fredrickson, 2000).

Apesar das diferenças práticas de relaxamento, cada uma produz relaxamento e eficazmente trata os problemas enraizados ou exacerbados pelas emoções negativas, incluindo distúrbios de ansiedade (Kabat-Zinn et al., 1992), dores de cabeça, hipertensão arterial (Blumenthal, 1985), o stresse diário e a depressão (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998).

Apresentam-se em seguida algumas práticas de relaxamento:

a) Exercícios Imagéticos. Os indivíduos podem ser instruídos a criarem uma imagem sobre uma praia tranquila, ou o topo de uma montanha fria, ou qualquer outro sítio que sintam como mais relaxante para eles naquele momento, deixando que a cena se torne o mais real possível (Fredrickson, 2000). Na verdade, determinadas cenas da evocam o contentamento (Kaplan, 1995; Orions & Heerwagen, 1992). Outros exercícios imagéticos pedem aos indivíduos que imaginem ou revivam um acontecimento agradável e o apreciem, por exemplo que se concentrem num triunfo da infância ou numa experiência recente boa (Smith, 1990).

b) Exercícios de relaxamento muscular. O relaxamento muscular progressivo foi desenvolvido por Jacobson (1938) para combater a ansiedade e é pedido ao indivíduo para tensionar e depois relaxar diferentes grupos de músculos (por exemplo, mãos, braços, costas ou ombros. No seguimento desta sequência tensão e relaxamento, o riso intenso ou uma boa risada pode levar ao contentamento e relaxamento (Ruch, 1993);

c) Exercícios de meditação. A meditação pode ser um útil complemento no tratamento da depressão, perturbações da ansiedade, gestão de stresse, aumento da concentração e promoção do bem-estar (Ekman, 2008). Muitas formas de terapias de relaxamento usam exercícios de meditação para cultivar *mindfulness*, isto é, a atenção plena (Smith, 1990). Os indivíduos são instruídos a praticar a concentração no momento presente, observando o mundo e os seus próprios pensamentos e sentimentos de uma forma paciente e sem julgamentos, sem serem apanhados no passado ou futuro ou ideia preconcebida (Fredrickson, 2000).

Estar completamente envolvido numa atividade e sentir prazer

Promove a sensação de estar a fluir, a viver uma experiência ótima que se traduz numa sensação de vida preenchida (Csikszentmihalyi, 2002).

São 4 os passos uma vida plena (ibd.), nomeadamente: 1. Definir objetivos claros e verdadeiramente nossos; 2. Deixar emergir-se na atividade no sentido de desfrutar; 3. Prestar longamente atenção ao que se passa; 4. Usufruir do momento presente tendo uma postura ativa.

Estabelecer objetivos claros e intrínsecos

Os seres humanos são estimulados pelas suas ideias de futuro, daí que o bem-estar seja afetado em larga medida pelo otimismo face ao futuro (Seligman, 1998).

Além disso, o aumento do bem-estar subjetivo está associado a objetivos intrínsecos, ao progresso em direção a um objetivo valorizado, a busca de metas em vez metas a evitar e a busca de objetivos congruentes com valores pessoais (Brunstein, Schultheiss & Grassman, 1998; Elliot, Sheldon & Church, 1997; Kasser & Ryan, 1996; Sheldon & Elliot, 1999; Sheldon & Kasser, 1998).

Atribuir significado positivo aos acontecimentos importantes

Os indivíduos encontram significado positivo na vida diária, de diversas formas, por exemplo, reenquadrando acontecimentos adversos através de uma reavaliação positiva, atribuindo valor positivo aos acontecimentos normais e perseguindo e alcançando metas realistas (Fredrickson, 2000).

Verifica-se que é o efeito de ampliação e construção das emoções positivas permite aos indivíduos uma maior flexibilidade mental (Diener & Biswas-Diener, 2008).

Isso, por sua vez, permite aos indivíduos quebrar com mentalidades negativas e criar e perseguir objetivos a longo prazo. Portanto, será isso que poderá explicar os benefícios terapêuticos atribuídos ao encontrar de significado positivo.

O valor terapêutico da intervenção em grupo

O grupo é um local de encontro em que se fazem trocas afetivas entre todos, têm oportunidade de se sentirem valorizados ao apoiar e dar sugestões e de aprenderem a lidar melhor com os obstáculos, favorecendo o crescimento pessoal, o amadurecimento e a aprendizagem (Guerra & Lima, 2005; Santoni, 2003; Yalom, 1995; Zimmermann, 1995). O facto de o grupo ser homogêneo relativamente ao diagnóstico funciona como facilitador do processo de mudança e há uma aproximação entre os indivíduos, partilhando assim uma identidade grupal (Yalom, 1995; Zimmermann, 1995).

Os seguintes 11 fatores terapêuticos explicam o valor e eficácia do grupo, apresentando uma interligação dinâmica (Yalom, 1995):

1. Fomentar a esperança. Recorrer a outras pessoas que já passaram por problemas parecidos e que os conseguiram resolver é uma forma de criar esperança e promover a mudança;
2. Universalidade. Os participantes do grupo não são os únicos a experienciar determinados problemas, pois os seus sentimentos são partilhados por outros. Começa o processo de socialização e aceitação;
3. Informação participada. A informação didática e que é fornecida ao grupo pelo psicólogo e pelos seus membros;
4. Altruísmo. Os participantes do grupo oferecem compreensão, apoio e partilha de problemas, transmitindo a sensação de que são úteis e favorecendo a sua autoestima;
5. Recapitulação corretiva do grupo familiar primário. O grupo terapêutico assemelha-se ao grupo familiar. Há o confronto entre elementos que representam papéis familiares, podendo corrigir a disfunção de certos papéis e revivê-los corretamente;
6. Desenvolvimento de competências sociais. Naturalmente surge a aprendizagem de competências sociais e de relacionamento interpessoal, uma vez que os participantes sentem necessidade de se relacionarem no grupo, resolverem conflitos e de se interessarem pelos outros;

7. Modelagem. A aprendizagem ocorre através da observação. Os membros do grupo procuram imitar um membro mais experiente e com problemas semelhantes;

8. Aprendizagem interpessoal. Os membros do grupo começam por mostrar os seus comportamentos naturais e espontâneos, os seus comportamentos inadaptados que vão sendo corrigidos no grupo e, as formas adaptadas de se relacionarem;

9. Coesão do grupo. Os participantes de um grupo coeso aceitam-se uns aos outros, são apoiantes e, predispostos a relações significativas no seio do grupo. Estes aspetos corroboram os princípios humanistas da relação terapêutica (empatia, aceitação e genuinidade) e, contribuem para os resultados terapêuticos;

10. Exteriorização dos problemas. Promove a libertação de emoções reprimidas e resulta melhor quando já se estabeleceram laços de suporte entre os elementos do grupo;

11. Fatores existenciais. Cabe a cada elemento do grupo assumir a responsabilidade de escolha na forma como cada um gere a sua vida. Os participantes reconhecem que a vida pode ser injusta e que, independentemente das relações com os outros, cada um deve enfrentar a vida sozinho.

O valor terapêutico do grupo focal

O Grupo Focal (GF) permite obter dados qualitativos a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo e a sua essência está na interação entre os participantes e o investigador que tem como objetivo recolher dados a partir da discussão focalizada (Iervolino & Pelicioni, 2001; Krueger, 1996).

Utiliza a interação grupal para produzir dados e *insights* que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo (Kind, 2004).

Esta parece ser a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material referente a saúde (Minayo, 2007).

Por exemplo, utilizou-se a técnica do GF para conhecer os défices ao nível do auto-cuidado de gestantes /puérperas com SIDA e os fatores que influenciam no envolvimento para o auto-cuidado.

O discurso das participantes foi categorizado nas seguintes categorias de análise: défices no auto-cuidado e fatores promotores de envolvimento no auto-cuidado (Scherer, Borenstein & Padilha, 2009).

O número de participantes do GF deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor as suas ideias e grande o bastante para que possam fornecer opiniões diversificadas (Krueger, 1996). Daí que uma sessão de GF deva ser composta no mínimo por quatro e no máximo por doze pessoas (ibd.).

Quanto ao número de grupos pode variar conforme o objetivo da pesquisa. Quanto maior o numero de grupos, mais dados poderão ser recolhidos. Porém, a realização de apenas um GF é suficiente para uma análise qualitativa (Morgan, 1997).

O GF é coordenado por um moderador, que poderá ser o próprio investigador, e cujo papel é conduzir o grupo e manter o foco da discussão no tema da pesquisa, ouvir atentamente as respostas, ao mesmo tempo que estimula os mais tímidos a participar. As características do moderador devem ser o bom humor, a boa memória e a flexibilidade (Krueger, 1996).

O planeamento das sessões inclui o estudo do tópico da pesquisa e o desenvolvimento de questões de orientação para, posteriormente, desenvolver temas ou categorias de análise dos dados. A qualidade do GF depende da qualidade das questões elaboradas (Krueger, 1996; Morgan, 1997).

O moderador deve apresentar-se, expor os objetivos da pesquisa e do grupo e enfatizar que não se busca o consenso na discussão, ou seja, a divergência de perspetivas e experiências é aceite.

Depois, é necessário solicitar consentimento ao grupo para recolher dados e dar garantia do total sigilo das informações obtidas (Morgan, 1997).

As duas maneiras básicas de se realizar a análise dos dados qualitativos são o sumário etnográfico (citações textuais dos participantes, os achados principais da análise) e a codificação dos dados via análise de conteúdo (ibid.).

Uma das grandes vantagens do GF é basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, pois as pessoas, normalmente, precisam de ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias e, frequentemente, fundamentam melhor a sua posição inicial quando estão presentes na discussão em grupo (Krueger, 1996; Morgan, 1997).

Portanto, a confirmação ou refutação de crenças, soluções escutadas e expressas durante as sessões do grupo revelam o que o participante pensa e resulta na compreensão coletiva sobre os temas discutidos (Berg, 1995).

A desvantagem da sua utilização reside nas tendências grupais que podem levar à conformidade, isto é, quando alguns participantes não fornecem informações no grupo que, possivelmente, apareceriam na entrevista individual (Morgan, 1997).

Recorrendo aos pressupostos teóricos do modelo *broaden-and-build* das emoções positivas, às estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas, ao valor terapêutico do grupo e à técnica do grupo focal, foram propostos como objetivos principais do presente estudo, os seguintes:

- Desenvolver uma IPPG promotora de forças e virtudes humanas ao nível da funcionalidade nas ABVD e SM na reabilitação pós – AVC;
- Compreender e identificar forças e virtudes humanas na reabilitação pós-AVC, a partir de estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas e da discussão de temas em grupo;

- Comparar a funcionalidade nas ABVD e a SM na reabilitação pós – AVC, com e sem IPPG.

CAPÍTULO II

MÉTODO

O presente capítulo encontra-se dividido em 4 secções.

A 1ª Secção apresenta as características sócio-demográficas e clínicas da amostra.

A 2ª Secção apresenta os instrumentos de avaliação utilizados.

A 3ª Secção apresenta a planificação da investigação.

A 4ª Secção apresenta o procedimento realizado.

SECÇÃO 1

PARTICIPANTES

Os 18 participantes apresentavam diagnóstico de AVC, orientação auto e alopsíquica e ausência de patologia psiquiátrica grave diagnosticada. Foram distribuídos de forma equitativa e aleatória pelo GI e GC.

Conforme o Quadro, no GC ($n=9$), os indivíduos apresentavam idades compreendidas entre os 72 e 82 anos ($M=78,67$; $DP=3,24$). A maioria era do sexo masculino (55,6%). Quanto ao grau de escolaridade, 66,7% tinha 4 anos de escolaridade, 22,2% não tinha escolaridade e 11,1% tinha mais de 4 anos de escolaridade. Relativamente ao estado civil, 55,6% era casado, 33,3% era viúvo e 11,1% era divorciado.

Quanto à situação clínica, 33,3% apresentava AVC isquémico com hemiparesia direita, outros 33,3% apresentavam AVC isquémico com hemiparesia esquerda e 11,1% apresentava AVC hemorrágico com hemiparesia esquerda. Os principais fatores de risco eram hipertensão (66,6%), diabetes (22,2%) e cardiopatia (11,1%).

De acordo com o Quadro, no GI ($n=9$) os indivíduos tinham idades compreendidas entre os 45 e 85 anos ($M=66,33$; $DP=13,285$). A maioria era do sexo feminino (55,6%). Quanto ao grau de escolaridade, 44,4 % tinha 4 anos de escolaridade, 33,3% não tinha escolaridade, 22,2% tinha mais de 4 anos de escolaridade. No que se refere ao estado civil, 44,4% era viúvo, 22,2% era casado, 22,2% era divorciado e 11,1% era solteiro.

Quanto à situação clínica, 55,6% apresentava AVC isquémico com hemiparesia esquerda, 22,2% apresentava AVC isquémico com hemiparesia direita, 11,1% apresentava AVC hemorrágico com hemiparesia direita e 11,1% AVC hemorrágico com hemiparesia esquerda. Os principais fatores de risco eram hipertensão (44,4%), diabetes (22,2%), tabagismo (22,2%) e etilismo (11,1%).

Quadro 4: Caracterização Sócio-demográfica e Clínica do GC (n=9)

		<i>N</i>	%
Sexo	- Masculino	5	55,6
	- Feminino	4	44,4
Escolaridade	- Sem escolaridade	3	22,2
	- Igual a 4 anos	5	66,7
	- Superior a 4 anos	1	11,1
Estado civil	- Casado	5	55,6
	- Viúvo	3	33,3
	- Divorciado	1	11,1
Situação clínica	- AVC isquêmico com hemiparesia direita	4	33,3
	- AVC isquêmico com hemiparesia esquerda	4	33,3
	- AVC hemorrágico com hemiparesia esquerda	1	11,1
Fator de risco	- Hipertensão	6	66,6%
	- Diabetes	2	22,2%
	- Cardiopatia	1	11,1%

N: Frequência; %: Percentagem;

Quadro 5: Caracterização Sócio-demográfica e Clínica do GI (n=9)

		N	%
Sexo	- Masculino	5	44,4
	- Feminino	4	55,6
Escolaridade	- Sem escolaridade	3	33,3
	- Igual a 4 anos	4	44,4
	- Superior a 4 anos	2	22,2
Estado civil	- Solteiro	1	11,1
	- Casado	2	22,2
	- Viúvo	4	44,4
	- Divorciado	2	22,2
Situação clínica	- AVC isquêmico com hemiparesia esquerda	5	55,6
		2	
	- AVC isquêmico com hemiparesia direita	1	22,2
	- AVC hemorrágico com hemiparesia direita	1	11,1
	- AVC hemorrágico com hemiparesia esquerda		11,1
Fator de risco	- Hipertensão	4	44,4%
	- Diabetes	2	22,2%
	- Tabagismo	2	22,2%
	- Etilismo	1	11,1%

N: Frequência; %: Percentagem

SECÇÃO 2

MATERIAL

Índice de Barthel (IB)

É um instrumento que avalia o grau de independência do indivíduo para a realização de Atividades Básicas da Vida Diária (Wade & Collin, 1988, adaptado à população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

É constituído por 10 itens (higiene pessoal, banho, vestir-se, alimentar-se, mobilidade cama/cadeira, mobilidade subir/descer escadas, mobilidade marcha, eliminação intestinal, eliminação vesical, uso de WC) de resposta “tipo Likert” (pontuação dos itens em 0, 1, 2, 3).

Os indivíduos são classificados como: Totalmente dependentes (menos de 8 pontos), Incapacidade grave (de 9 a 12 pontos), Incapacidade moderada (de 13 a 19 pontos) e Independentes (20 pontos).

O estudo das propriedades psicométricas deste instrumento revela que é fiável com doentes com AVC e, que com facilidade pode avaliar o grau de autonomia dos indivíduos, de uma forma objetiva, nos serviços de saúde (ibd.).

Mental Health Inventory-5

É um questionário de auto-resposta, “tipo Likert”, de cinco ou seis posições (McHorney & Ware, 1995, versão reduzida de cinco itens, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Ribeiro, 2001).

Avalia 4 dimensões da saúde mental (ansiedade, depressão, perda de controle emocional-comportamental e bem-estar psicológico).

A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada dimensão e são os valores mais elevados que correspondem a uma melhor saúde mental.

A versão portuguesa exhibe características idênticas à versão original, ou seja, verifica-se uma correlação de $r=0,95$ entre o MHI-5 e a versão original de 38 itens. Daí que a versão de 5 itens seja um bom substituto para a investigação e rastreio na avaliação da saúde mental (ibd.).

Questionário Sócio-demográfico e Clínico

Inclui dados socio-demográficos; situação clínica e fator (s) de risco.

SECÇÃO 3

PLANIFICAÇÃO

De acordo com os objetivos principais da presente investigação, realizaram-se dois tipos de recolha e tratamento de dados: qualitativo e quantitativo.

Quando se pretendeu desenvolver uma IPPG que identificasse e compreendesse as forças e virtudes humanas, ao nível da funcionalidade nas ABVD e SM durante a reabilitação pós-AVC, a partir de estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas e da discussão de temas em grupo, realizou-se um estudo qualitativo utilizando a técnica do grupo focal e a análise de conteúdo.

As principais variáveis foram: as forças e virtudes humanas, a funcionalidade nas ABVD e a SM, durante a reabilitação pós-AVC.

Quando se pretendeu comparar a funcionalidade nas ABVD e a SM na reabilitação pós – AVC, com e sem IPPG, realizou-se um estudo quase-experimental de comparação entre os grupos, de desenho longitudinal. Foram realizados testes não paramétricos, com auxílio do SPSS, versão 17.0.

As principais variáveis foram: a intervenção (se participaram ou não), a funcionalidade nas ABVD e SM na reabilitação pós-AVC.

SECÇÃO 4

PROCEDIMENTO

FASE 1 - *Pedido de autorização*

Realizou-se o pedido de autorização para a realização do estudo na UCCI de Média Duração de Vila do Conde, no qual constava uma breve explicação dos objetivos do estudo (Anexo 4), tendo sido entregue ao Provedor e Diretora Técnica.

FASE 2 - *Seleção da amostra*

A partir do parecer favorável da administração da UCCI, consultaram-se os processos dos indivíduos que se enquadravam nos critérios de inclusão para o estudo, nomeadamente: diagnóstico clínico de AVC; orientação auto e alopsíquica; e ausência de patologia psiquiátrica grave diagnosticada. A amostra foi sequencial, composta por 18 indivíduos, com idades entre os 45 e 85 anos.

FASE 3 – *Consentimento informado*

O consentimento informado foi pensado para garantir os direitos, liberdades e garantias dos utentes do sistema de cuidados de saúde, constituindo um importante marco no sistema de saúde (Ribeiro, 2002). No presente caso, o consentimento informado pressupõe o consentimento voluntário dos participantes. Mas, antes de requerer a aceitação destes, foi transmitido o conhecimento sobre a natureza, duração, e propósito da investigação, bem como do método e dos meios pelos quais iria ser conduzida. Por fim, acrescentou-se a possibilidade dos participantes desistirem, caso tivessem motivos para não continuarem a participar na investigação (Anexo 5).

FASE 4 – Pré - teste

Procedeu-se à construção do protocolo e os indivíduos responderam, na presença da investigadora ao: questionário sócio-demográfico e clínico (Anexo 1); ao IB (Wade & Collin, 1988, adaptado à população portuguesa por Araújo et al., 2007) (Anexo 2); ao MHI-5 (McHorney & Ware, 1995, versão reduzida de 5 itens, adaptada à população portuguesa por Ribeiro, 2001) (Anexo 3). Elaborou-se uma base de dados, para posterior tratamento estatístico, através do SPSS, versão 17.0.

FASE 5 – Implementação da IPPG

Os 18 participantes foram divididos aleatoriamente e de forma equitativa pelo grupo de intervenção e pelo grupo de comparação. Depois, efetuou-se a planificação das sessões da IPPG.

Desenvolveu-se um conjunto de sessões realizadas em grupo para beneficiar do valor terapêutico do grupo (Yalom, 1995; Zimmerman, 1993).

As estratégias de intervenção foram utilizadas com o propósito de induzir emoções positivas, pois as emoções não podem ser incutidas diretamente (Fredrickson, 2000).

Decidiu-se usar a técnica do grupo focal com o intuito da interação grupal produzir dados e *insights* que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo (Kind, 2004).

As sessões foram distribuídas por 3 módulos.

O Módulo I “Apreciar o Passado” foi criado com o objetivo de perceber a forma como o indivíduo recorda o passado, como se sente grato pelo bom que foi acontecendo na sua vida e, como cresceu com a adversidade.

Utilizou-se a estratégia de evocar acontecimentos bons, através da recordação de memórias felizes.

Depois, utilizou-se a estratégia encontrar crescimento pessoal, pedindo que relembraassem um episódio difícil da sua vida que os tivesse tornado melhores.

Em seguida, a estratégia de intervenção foi avaliar com apreço o já vivido e o perdoar, de modo a perceberem o valor terapêutico de tais virtudes.

O Módulo II “Celebrar o presente” foi elaborado com o propósito de treinar a atenção sobre o bom e belo da vida e a serenidade para lidar com a adversidade.

Utilizou-se como estratégia de intervenção o estilo explicativo da realidade, mediante o debate em torno de mitos na 3ª idade.

Em seguida, utilizou-se a estratégia de atribuir significado positivo a acontecimentos normais e ainda a estratégia de enumerar atividades agradáveis, pedindo que enumerassem pelo menos um acontecimento positivo nesse dia.

Depois, utilizaram-se como estratégias as crenças espirituais ou religiosas e o exercício de relaxamento imagético, de maneira a perceberem como tais aspetos poderiam influenciar a sua reabilitação.

O Módulo III “Acreditar no futuro” foi criado no sentido de estimular ideias de futuro.

Foram utilizadas as estratégias estabelecer objetivos claros e verdadeiramente nossos, pedindo para traçar os seus objetivos de modo a perceber qual a postura pró-ativa a adotar após a alta, e a estratégia de encontrar significado positivo nos acontecimentos importantes, pedindo para enumerar e valorizar os elementos significativos para um sentido de vida positivo.

A intervenção decorreu numa sala apropriada e os indivíduos estavam sentados em cadeiras, colocadas em círculo, ao longo de 10 sessões, com periodicidade semanal e com a duração aproximada de 45 minutos para cada sessão.

Através de uma linguagem simples e adequada explicou-se o objetivo da sessão, apresentou-se o tema de discussão e, as sessões conduzidas pela psicóloga foram baseadas numa perspetiva não diretiva, procurando modelar a confiança, respeito e preocupação pelos outros.

Os participantes foram alertados para respeitar as opiniões de todos, de que não existiam respostas certas ou erradas e que todos poderiam expressar a sua opinião.

Colocaram-se questões abertas e em grupo os participantes discutiram o tema proposto, de modo a se verificarem categorias de conteúdos relacionados com os aspetos virtuosos da natureza humana, funcionalidade nas ABVD e SM durante a reabilitação pós-AVC.

No final da sessão, a investigadora questionou sobre a avaliação da sessão.

Descrição das sessões

1ª Sessão: Acolhimento

Objetivo: Estimular um clima de confiança, empatia, segurança e partilha.

Atividade: Perguntas abertas. Exemplo: *Qual o objetivo do internamento?*

Módulo I: Apreciar o passado

2ª Sessão: Expressões positivas de cognições e emoções

Estratégia de intervenção: Evocar acontecimentos bons.

Objetivo: Treinar a atenção sobre aspetos positivos do passado.

Atividade: Aspetos positivos do passado - *Qual a vossa recordação mais agradável?*

3ª Sessão: Conhece-te positivamente

Estratégia de intervenção: Encontrar crescimento pessoal.

Objetivo: Mostrar que as vivências do passado nos podem transformar positivamente.

Atividade: Episódio de vida traumático - *Qual o momento em que desenvolveram virtudes e forças?*

4ª Sessão: Agradecer e Perdoar

Estratégia de intervenção: Avaliar com apreço o já vivido e perdoar.

Objetivo: Mostrar que agradecer e perdoar contribui para o bem-estar.

Atividade: Carta - *O que escreveriam a agradecer e a perdoar?*

Módulo II: Celebrar o presente

5ª Sessão: Sentido positivo na adversidade

Estratégia de intervenção: Desenvolver estilo explicativo da realidade positivo.

Objetivo: Mudar pensamentos por outros mais adaptativos e realistas.

Atividade: Barómetro de mitos na 3ª idade - *debate*.

6ª Sessão: Acontecimento positivo diário

Estratégia de intervenção: Encontrar significado positivo nos acontecimentos normais e identificar atividades agradáveis.

Objetivo: Dar atenção ao que é positivo e gratificante na vida.

Atividade: Bloco de notas – *Quais os aspetos positivos deste dia na UCCI?*

7ª Sessão: Transcendência do Eu

Estratégia de intervenção: Explorar crenças espirituais/religiosas e praticar o relaxamento.

Objetivos: Refletir sobre crenças espirituais/religiosas e focar a atenção.

Atividade: Relaxamento imagético – *O que sentiram?*

Módulo III: Acreditar no futuro

8ª Sessão: Postura Pró-Ativa

Estratégia de intervenção: definir objetivos claros e intrínsecos.

Objetivos: Criar objetivos (curto, médio e longo prazo) e, meios a desenvolverem.

Atividade: Momento de alta do internamento - *Quais os planos traçados?*

9ª Sessão: Sentido de Vida (Positivo)

Estratégia de intervenção: Encontrar significado positivo nos acontecimentos importantes.

Objetivo: Valorizar as emoções positivas, o envolvimento e, significado na vida.

Atividade: Cartaz – *Quais os ingredientes para um sentido de vida (positivo)?*

10ª Sessão: Finalização

Objetivo: Avaliação da Intervenção Psicológica Positiva em Grupo

Atividade: Chuva de opiniões – *Qual a avaliação que fazem destas sessões?*

Fase 6 – Pós-teste

O pós-teste realizou-se próximo do momento da alta da unidade. Com o auxílio da investigadora, dada a dificuldade na leitura e escrita (secundárias ao AVC) responderam ao Índice de Barthel e MHI-5 .

Fase 7 - Tratamento de dados qualitativos (análise de conteúdo)

A análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 1977). Foram tidas em consideração três fases na análise de conteúdo, de acordo com o proposto na literatura (ibd.).

Inicialmente, a fase de pré-análise correspondeu a um período de intuições onde, pouco a pouco, a leitura se foi tornando mais precisa, em função de hipóteses e da leitura flutuante.

Em seguida, a fase de exploração do material permitiu desenvolver as tarefas de codificação, onde a escolha das unidades (recorte) e a escolha de categorias (classificação) pretenderam aplicar as decisões tomadas na pré-análise.

Fez-se a construção das sinopses de cada sessão, isto é, sínteses dos discursos que continham a mensagem essencial da sessão, sendo portanto material descritivo que, atentamente foi lido e sintetizado.

No caso do presente estudo, as categorias foram estabelecidas antes. As verbalizações dos participantes foram classificadas segundo três categorias, estabelecidas à priori, partindo dos fundamentos teóricos da psicologia positiva.

Para cada uma das categorias foi produzido um texto síntese em que expressava o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise incluídas em cada uma delas, usando citações diretas dos dados originais.

Procurou-se que possuísssem qualidades (Bardin, 1977), tais como: a homogeneidade (apela a um só princípio de classificação), a pertinência (do que se vai analisar), a objetividade e fidelidade (a possibilidade de aplicar a mesma grelha categorial quando se submetem a várias análises as diferentes partes de um mesmo material), a produtividade (quando um conjunto de categorias fornece resultados férteis).

Finalmente, na fase de tratamento de dados, a investigadora apoiada nos resultados brutos procurou torná-los significativos e válidos. Após a descrição, procurou-se atingir uma compreensão aprofundada do conteúdo das mensagens através da inferência e interpretação. Uma vez que a interpretação foi realizada a partir dos fundamentos presentes na Psicologia Positiva, a análise de conteúdo, presente neste estudo, usou a abordagem dedutiva.

Fase 8 – Tratamento de dados quantitativos (testes não paramétricos)

Dada a dimensão reduzida da amostra, os dados recolhidos no pré-teste e pós-teste foram submetidos a testes não paramétricos (Pestana & Gageiro, 2008).

De modo a investigar a existência de diferenças significativas entre o grupo de intervenção, entre os momentos pré e pós- intervenção, no sentido do aumento dos níveis de funcionalidade nas ABVD e SM, utilizou-se teste de *Wilcoxon* (alternativa não paramétrica ao teste *t-student* para amostras emparelhadas).

Para investigar a existência de diferenças significativas entre o GI e GC, no momento pós- intervenção, no sentido de o GI apresentar um aumento nos níveis de funcionalidade nas ABVD e SM, não se verificando o mesmo no GC, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* (alternativa não paramétrica ao teste *t-student* para amostras independentes).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

O presente capítulo encontra-se dividido em 2 secções.

A 1ª Secção apresenta os resultados da análise qualitativa referente à análise de conteúdo.

A 2ª Secção apresenta os resultados da análise quantitativa relativos aos testes não paramétricos.

SECÇÃO 1

RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA

Os dados provenientes do GI foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias e subcategorias (pré-estabelecidas), codificação e registo de exemplos ilustrativos de cada categoria e subcategoria identificada. Após a descrição, procurou-se atingir uma compreensão aprofundada do conteúdo das mensagens através da inferência e interpretação. Uma vez que a interpretação foi realizada a partir dos fundamentos presentes na Psicologia Positiva, a análise de conteúdo presente neste estudo usou a abordagem dedutiva.

Acolhimento

Os participantes ficaram a conhecer-se melhor e a perceber que muitas das suas dificuldades em relação ao internamento eram partilhadas.

Referiram: *“Foi difícil ao início, pensei que não ia aguentar estar longe de casa e da família”; “é muito tempo fora de casa, pensei que estava num Lar de Idosos”; “foi muito rápido o AVC e, agora leva tempo a recuperar”.*

Categoria Apreciar o passado

Utilizou-se a estratégia de evocar acontecimentos bons. O primeiro tema de discussão apresentado ao grupo foi apreciar o passado, dando o exemplo de uma recordação antiga muito agradável.

Na subcategoria “Recordações positivas” referiram: *O dia do meu casamento”; “A notícia que ia ser Pai”; “O regresso do meu marido de Angola”; “O nascimento dos meus filhos e depois dos netos”; “As brincadeiras da minha infância”.*

Depois, utilizou-se a estratégia encontrar crescimento pessoal. O tema seguinte de discussão apresentado foi sobre uma vivência difícil que tornou os mais competentes, isto é, que os fez desenvolver forças e virtudes.

Na subcategoria “Conhecer-se positivamente” referiram: *“A morte do meu marido. Fiquei sozinha a criar os meus filhos mas, tive coragem e lutei para os criar “; “ A doença da minha irmã. Estive do lado dela e dei-lhe amor e cuidados”; “o meu divórcio. Arruinei muita coisa e aprendi com os erros”.*

Em seguida, a estratégia de intervenção foi avaliar com apreço o já vivido e o perdoar. O grupo refletiu sobre a importância de avaliar com apreço o já vivido e conseguir perdoar para o nosso bem-estar.

Na subcategoria “Agradecer e perdoar” referiram: *“Agradeço a Deus todos os dias por estar viva. Já perdoei muitas vezes, mas há coisas que não esqueço”; “Não agradeço com palavras, mas antes com um olhar, um gesto, um sorriso e, perdoar só se for alguém da família”.*

Categoria Celebrar o presente

Utilizou-se como estratégia de intervenção o estilo explicativo da realidade. O tema de discussão foi relativo a mitos que surgem na 3ª idade.

Na subcategoria “Sentido positivo na adversidade” referiram: *“Os idosos gostam de conviver. Serve para rir e distrair mas é preciso ter oportunidade”; “Ter mais idade pode ser igual a ter mais experiência e sabedoria; “Toda a gente pode adoecer, não são só os velhos. Precisamos de mais ajuda da família e ir ao médico mais vezes para vigiar”; “Estar internado é difícil, mas é a maneira de se recuperar e começar andar e querer voltar para casa ”.*

Em seguida, utilizou-se a estratégia de atribuir significado positivo a acontecimentos normais e ainda a estratégia de identificar atividades agradáveis. O tema de discussão foi sobre acontecimentos diários positivos.

Embora tenham sentido alguma dificuldade inicial, conseguiram depois enumerar pelo menos um acontecimento positivo desse dia.

Na subcategoria “Acontecimento positivo diário” referiram: *“Hoje lanchei com a minha família no salão de chá”; “Gostei de tomar banho de chuveiro”; “Fiz melhor a fisioterapia e senti menos dor”; “Deixei a cadeira de rodas e uso o tripé”; “os terapeutas ajudaram-me muito na sessão”.*

Depois, utilizaram-se como estratégias as crenças espirituais ou religiosas e o exercício de relaxamento imagético. O tema de discussão foi sobre crenças religiosas ou espirituais. Fizeram um exercício de relaxamento.

Na subcategoria “Transcendência do Eu” referiram: *“Não sou religioso ou praticante, mas sinto que há uma entidade superior”; “Gosto de estar só e falar com Deus, sinto-me em paz”; “Não sei se é Deus, há algo superior que nos ajuda”; “Ajuda-me a acreditar que vou ter forças para continuar o tratamento”; “O relaxamento faz-me sentir mais calmo”; “Com o relaxamento consigo mudar o pensamento por momentos”.*

Categoria Acreditar no futuro

Utilizou-se a estratégia estabelecer objetivos claros e verdadeiramente nossos. O tema de discussão sobre os planos para o futuro, isto é, a postura pró-ativa a adotarem após a alta da UCCI de média duração.

Na subcategoria “Postura pró-ativa” referiram: *“Tenho de continuar a fisioterapia numa clinica, ainda estou com dificuldades em mexer o braço”; “Preciso de manter a alimentação com pouco sal e não abusar dos doces”; “Agora, vou passar a ir sempre às consultas no hospital”; “Preciso de ir para um centro de dia e depois, à tarde volto para casa”; “Vou ter o apoio domiciliário, enquanto preciso ou ter alguém que cuide de mim”; “Vou fazer obras em casa, preciso de colocar uma base de chuveiro e retirar a banheira”.*

Depois, utilizou-se a estratégia de encontrar significado positivo nos acontecimentos importantes. O tema de discussão foi sobre os ingredientes de uma vida com um sentido positivo.

Na subcategoria “Sentido de vida (positivo)” referiram: *“A família para mim é muito importante”; “A amizade dos amigos”; “Trabalhar naquilo de que gostamos”; “Ter alegria”; “A fé ajuda-nos nos momentos difíceis”; “O humor”; “A saúde”.*

Finalização

O tema de discussão foi sobre a avaliação da IPPG. Referiram: *“Ajuda-nos a pensar de maneira diferente”; “Fez com que me sentisse bem-disposto”; “Aprendemos uns com os outros”.*

Apresenta-se em seguida (Quadro 6) o esquema da análise de conteúdo realizada, quanto às categorias e subcategorias identificadas, bem como a sinopse dos conteúdos.

Quadro 6: Análise de Conteúdo

Categorias	Subcategorias	Sinopse dos Conteúdos
Apreciar o passado	Recordações positivas	<i>“O dia do meu casamento”; “A notícia que ia ser Pai”; “o regresso do meu marido de Angola”; “O nascimento dos meus filhos e depois dos netos”; “As brincadeiras da minha infância”.</i>
	Conhecer-se positivamente	<i>“A morte do meu marido. Fiquei sozinha a criar os meus filhos mas, tive coragem e lutei para os criar “ ; “ A doença da minha irmã. Estive do lado dela e dei-lhe amor e cuidados”; “O meu divórcio. Arruinei muita coisa e aprendi com os erros”;</i>
	Agradecer e perdoar	<i>“Agradeço a Deus todos os dias por estar viva. Já perdoei muitas veze, mas há coisas que não esqueço”; “Não agradeço com palavras, mas antes com um olhar, um gesto, um sorriso e, perdoar só se for alguém da família”; “Se tivesse de agradecer era às minhas irmãs pelo apoio que me dão. Não acredito que se consiga perdoar de verdade”</i>

Celebrar o presente	Sentido positivo na adversidade	<i>“Os idosos gostam de conviver. Serve para rir e distrair, mas é preciso ter oportunidade”; “Ter mais idade pode ser ter mais experiência e sabedoria; “Toda a gente pode adoecer, não são só os velhos. Precisamos de mais ajuda da família e ir ao médico mais vezes para vigiar”; “Estar internado é difícil, mas é a maneira de se recuperar e começar a andar e querer voltar para casa”.</i>
	Acontecimento positivo diário	<i>“Hoje lanchei com a minha família no salão de chá”; “Gostei de tomar banho de chuveiro”; “Fiz melhor a fisioterapia e senti menos dor”; “Deixei a cadeira de rodas e uso o tripé”; “os terapeutas ajudaram-me muito na sessão”.</i>
	Transcendência do Eu	<i>“Não sou religioso ou praticante, mas sinto que há uma entidade superior”; “Gosto de estar só e falar com Deus, sinto-me em paz”; “Não sei se é Deus, há algo superior que nos ajuda”; “Ajuda-me a acreditar que vou ter forças para continuar o tratamento”; “O relaxamento faz-me sentir mais calmo”; “Com o relaxamento consigo mudar o pensamento por momentos”.</i>

Acreditar no futuro	Postura pró-ativa	<i>“Tenho de continuar a fisioterapia numa clinica, ainda estou com dificuldades em mexer o braço”; “Preciso de manter a alimentação com pouco sal e não abusar dos doces”; “Agora, vou passar a ir sempre às consultas no hospital”; “Preciso de ir para um centro de dia e depois, à tarde volto para casa”; “Vou ter o apoio domiciliário, enquanto precisar ou alguém que cuide de mim”; “Vou fazer obras em casa”.</i>
	Sentido de vida (positivo)	<i>“A família para mim é muito importante”; “A amizade dos amigos”; “Trabalhar naquilo de que gostamos”; “Ter alegria”; “A fé ajuda-nos nos momentos difíceis”; “O humor”; “A saúde”.</i>

SECÇÃO 2

RESULTADOS DA ANÁLISE QUANTITATIVA

Análise Descritiva do IB e MHI-5, antes da IPPG

O GC (n=9), em termos de funcionalidade nas ABVD apresentou-se totalmente dependente ($M=2,11$; $DP=2,57$) e em termos de saúde mental apresentou valores baixos ($M=9,33$; $DP=4,03$) (Quadro 7).

Quadro 7: Medidas descritivas relativas ao IB e MHI-5 no GC, antes da IPPG

		<i>M</i>	<i>DP</i>
Grupo Comparação (GC)	IB	2,11	2,57
	MHI-5	9,33	4,03

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

O grupo de intervenção (n=9), em termos de funcionalidade nas ABVD apresentou-se totalmente dependente ($M=2,55$; $DP=0,88$) e, em termos de saúde mental apresentou valores baixos ($M=7,11$; $DP=3,58$) (Quadro 8).

Quadro 8: Medidas descritivas relativas ao IB e MHI-5 no GI, antes da IPPG

		<i>M</i>	<i>DP</i>
Grupo de Intervenção (GI)	IB	2,55	0,88
	MHI-5	7,11	3,58

M: Média; *DP*: Desvio Padrão

Resultados dos testes não paramétricos

De acordo com os resultados do teste de *Wilcoxon* verificou-se que o grupo de intervenção melhorou os níveis de saúde mental e os níveis de capacidade funcional. Existe evidência estatística para afirmar que neste grupo o programa de intervenção psicológica positiva em grupo teve o efeito desejado (Quadro 9).

Quadro 9: Resultado do teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas (pré e pós-teste) para MHI-5 e IB no Grupo de Intervenção

Grupo Intervenção (n=9)	Z	P
MHI-5 pós-teste e pré-teste	-2,67	0,002
IB pós-teste e pré-teste	-2,67	0,002

Quanto aos resultados do teste de *Mann-Whitney*, tanto os níveis de saúde mental como os níveis de capacidade funcional aumentaram no grupo de intervenção relativamente ao grupo de comparação. Existe evidência estatística para afirmar que os níveis de saúde mental e os níveis de capacidade funcional diferem consoante o grupo (Quadro 10).

Quadro 10: Resultado do teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes em função de MHI-5 e IB, no momento pós-teste

Variável (GC e GI)	U	P
MHI-5 pós-teste	2,00	0,000
IB pós-teste	8,50	0,003

CAPITULO IV

DISCUSSAO

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados relativos à análise qualitativa e análise quantitativa.

O facto de estar limitado nas ABVD, fragilizado psicologicamente, afastado do seu ambiente habitual e dos seus hábitos anteriores requer que o indivíduo sobrevivente ao AVC tenha uma boa capacidade de superação e mudança para enfrentar o desafio da reabilitação.

De acordo com a revisão da literatura, as emoções negativas geram reatividade cardiovascular que podem prejudicar a saúde dos indivíduos e, por isso, torna-se fundamental descobrir maneiras eficazes para regular as emoções negativas (Fredrickson et al., 2000), bem como, compreender como e porquê que as emoções positivas contribuem para resultados benéficos na saúde (Fredrickson, 2001).

O modelo *broaden-and-build* das emoções positivas defende que estas contribuem para o bem-estar psicológico e físico. Servem para diminuir o efeito da excitação fisiológica das emoções negativas, aumentam o repertório individual pensamento-ação e constroem recursos pessoais duradouros (Fredrickson, 2000).

As emoções positivas constituem, deste modo, uma importante via de *coping* eficaz (Fredrickson, 1998; 2001) e de ajustamento ao stress agudo e ao stress crónico (Folkman & Moskowitz, 2000).

Os 18 participantes apresentaram como critérios de inclusão para o estudo: diagnóstico clínico de AVC, orientação auto e alopsíquica e ausência de patologia psiquiátrica grave diagnosticada. A amostra foi sequencial, com idades entre os 45 e 85 anos. Foram distribuídos equitativamente e aleatoriamente pelo grupo de intervenção e pelo grupo de comparação.

Neste sentido, desenvolveu-se uma IPPG facilitadora de forças e virtudes humanas, com o intuito de contrariar os problemas resultantes das emoções negativas face à reabilitação pós-AVC, tratar e prevenir dificuldades ao nível da funcionalidade nas ABVD e SM dos participantes.

Especificamente, as sessões foram desenvolvidas com base em estratégias de intervenção capazes de induzir emoções positivas e discutindo temas em grupo ao longo de três módulos.

As estratégias de intervenção foram utilizadas com o propósito de induzir emoções positivas, pois as emoções não podem ser inculcadas diretamente (Fredrickson, 2000).

O Módulo I “Apreciar o Passado” foi criado com o objetivo de perceber a forma como o indivíduo recorda o passado, como se sente grato pelo bom que foi acontecendo na sua vida e como cresceu com a adversidade.

Utilizou-se a estratégia de evocar acontecimentos bons, através da recordação de memórias felizes. A percepção sobre o melhor do passado, teve como resultado o reviver e partilhar de acontecimentos e emoções positivas que tornaram as suas vidas felizes.

Procurou-se, com isso, favorecer o aparecimento de emoções positivas, uma vez que, estas parecem beneficiar os recursos cognitivos, físicos e sociais que são benéficos para a saúde (Fredrickson, 2003).

Depois, utilizou-se a estratégia encontrar crescimento pessoal, pedindo que relembassem um episódio difícil da sua vida que os tivesse tornado melhores.

Conseguiram mostrar que as vivências do passado (perda, doença ou a distância da família), os transformou positivamente. Identificaram em si e nos outros participantes virtudes como coragem, amor, temperança e transcendência. E, ainda, forças pessoais como percepção de competência e perseverança, bondade e carinho, perdão, humildade, gratidão, esperança e propósito.

Assim, considera-se útil o florescimento de virtudes e forças humanas na reabilitação pós-AVC. Virtudes e forças pessoais servem de fatores protetores contra as situações de risco e adversidade (Seligman, 2002).

Em seguida, a estratégia de intervenção foi avaliar com apreço o já vivido e o perdoar, de modo a perceberem o valor terapêutico de tais virtudes.

A gratidão foi referida como uma emoção mais fácil de concretizar, ao invés do perdão. Procurou-se com a gratidão e o perdão promover emoções positivas e anular os efeitos das emoções negativas.

Isto porque, as emoções positivas permitem a anular os efeitos das emoções negativas e encontrar significados positivos em situações de stresse (Fredrickson, Branhnan & Tugade, 2000), tal como acontecer na reabilitação pós-AVC.

O Módulo II “Celebrar o presente” foi elaborado com o propósito de treinar a atenção sobre o bom e belo da vida e a serenidade para lidar com a adversidade.

Utilizou-se como estratégia de intervenção o estilo explicativo da realidade, mediante o debate em torno de mitos na 3ª idade, o que se refletiu na reinterpretação positiva de acontecimentos.

Isto porque, os indivíduos sentem-se mais felizes quando adotam um estilo explicativo da realidade que seja positivo (Diener & Biswas-Diener, 2008).

Reformularam assim alguns mitos, nomeadamente: que é importante perceber que os idosos mantêm interesses e vontade de conviver, simplesmente precisam de ter oportunidade para o mostrarem; que é natural adoecer em qualquer etapa do ciclo da vida, simplesmente nesta faixa etária estão mais sujeitos a adoecer e precisam por isso de maior apoio da família e vigilância médica; que a hospitalização ou a reabilitação pode ser vista como um desafio da vida, em que é preciso lutar e estabelecer objetivos.

Em seguida, utilizou-se a estratégia de atribuir significado positivo a acontecimentos normais e a estratégia de enumerar atividades agradáveis, pedindo que enumerassem pelo menos um acontecimento positivo nesse dia.

Isto porque, fontes diárias de significado positivo predizem a recuperação do humor deprimido e bem-estar a longo-prazo (Folkman et al., 1996) e, o aumento no empenho de atividades agradáveis, diminui os níveis de depressão (Lewinsohn & Gotlib, 1995).

Assim, reconheceram pequenos ganhos na fisioterapia que os motivou na sua reabilitação, perceberam o valor agradável de estar com a família e o valor terapêutico da equipa técnica.

Depois, utilizaram-se como estratégias as crenças espirituais ou religiosas e o exercício de relaxamento imagético, de maneira a perceberem como tais aspetos poderiam influenciar a sua reabilitação.

As crenças espirituais/religiosas revelaram-se úteis no sentido de os ajudar a lidar emocionalmente com as dificuldades sentidas, ou seja, sentiam-se mais amparados, indo assim ao encontro dos resultados de outros estudos (Holland et al., 1999).

Por sua vez o relaxamento conduziu-os a experiências de contentamento e calma interior que vão no sentido de uma redução ou anulamento do efeito provocado pela excitação emocional negativa, tal como defendido por Fredrickson na hipótese do efeito anulador das emoções positivas (2000).

O Módulo III “Acreditar no futuro” foi criado no sentido de estimular ideias de futuro.

Foi utilizada a estratégia estabelecer objetivos claros e verdadeiramente nossos, pedindo para traçar os seus objetivos de modo a perceber qual a postura pró-ativa a adotar após a alta.

Verificou-se que aceitaram melhor as suas limitações e tomaram consciência da necessidade de serem agentes ativos das suas vidas, estabelecendo assim objetivos. Mostraram-se motivados a desenvolver planos necessários a realizar no momento pós-alta (procuraram na comunidade recursos para beneficiar de apoio domiciliário ou centro de dia; asseguraram a fisioterapia num outro centro clínico) e mudaram em função do que necessitam

(aceitaram seguir os hábitos alimentares recomendados; realizaram obras em casa).

É, assim importante encontrar um equilíbrio entre as potencialidades e as limitações do indivíduo, estabelecer objetivos intrínsecos e da busca de metas em vez de metas a evitar (Elliot, Sheldon, & Church, 1997; Ryff, 1989; Kasser & Ryan, 1996).

Acredita-se, assim, que ao estabelecer uma orientação para o futuro estes indivíduos em reabilitação pós-AVC terão maiores níveis de emoção positiva, motivação para a ação e mudanças favoráveis após a situação de dependência funcional, tal como o defendido noutros estudos (Dunn, Uswatte & Elliot, 2009).

Finalmente utilizou-se a estratégia encontrar significado nos acontecimentos importantes, de modo a identificar os elementos significativos para um sentido de vida positivo.

Isto porque, os indivíduos encontram significado positivo na vida diária, reenquadrando acontecimentos adversos através de uma reavaliação positiva e perseguindo e alcançando metas realistas (Fredrickson, 2000).

Assim, a situação de reabilitação pós-AVC geradora de stresse e dor passou a ser vista como um desafio e contribuiu para mudanças positivas frente à situação adversa que é a reabilitação pós-AVC.

Os participantes mostraram maior empenho na reabilitação, esperança, significados e emoções positivas como estratégias para a promoção de atitudes saudáveis.

Identificaram como elementos importantes para um sentido de vida positivo: a vivência de emoções positivas (alegria, fé, gratidão, perdão, esperança e coragem), o envolvimento com outros (a família e amigos), a descoberta de significado na vida (terem sido pais, terem ajudado outros) e a saúde.

Houve também ocasião para que os participantes do grupo de intervenção preenchessem, antes e após a intervenção, o Índice de Barthel e o Mental Health Inventory-5 para posterior comparação de resultados com o grupo de comparação.

Os resultados obtidos, na análise de testes não paramétricos, mostram que o grupo de intervenção apresentou vantagens significativas, comparativamente ao grupo de comparação, em relação aos níveis de funcionalidade nas ABVD e SM.

Combinaram-se, assim, abordagens qualitativas e quantitativas no sentido de criar uma visão complementar (Silva, 1998), isto é, mais abrangente do tema sobre as virtudes e forças humanas na reabilitação pós-AVC, ao nível da funcionalidade nas ABVD e SM.

Deste modo, os resultados deste estudo mostram-se concordantes com a ideia de que maiores níveis de emoção positiva podem reduzir a tristeza, reconhecer ganhos, ter esperança na reabilitação e motivação para continuar com o tratamento, tal como já outros estudos o tinham referido (Seale, Berges, Ottenbacher & Ostir, 2010).

Acredita-se que a IPPG ao usar as estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas tenha conseguido ampliar o repertório individual de pensamento-ação dos indivíduos e construído recursos físicos, cognitivos e sociais que beneficiaram o GI ao nível da sua funcionalidade nas ABVD e SM, comparativamente ao GC.

Considera-se ainda que se os indivíduos em reabilitação pós-AVC continuarem a desenvolver e a praticar estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas, estes não só beneficiarão no momento presente dos benefícios mas também no futuro.

Os aspetos virtuosos da natureza humana funcionam como ferramentas valorosas não só para problemas de saúde imediatos, mas também para estabelecer resultados benéficos a longo prazo (Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004).

Acrescenta-se a noção da importância de canalizar as emoções positivas, enquanto estratégias de *coping*, para a prevenção e tratamento de problemas que derivam do prolongamento das emoções negativas.

Além disso, tal como tem sido defendido nos últimos tempos (Ryff & Singer, 1998; Seligman, 2002; Fredrickson, 2000), a psicologia deverá examinar teoricamente e empiricamente as forças e virtudes humanas da mesma forma rigorosa como faz com os aspetos negativos.

Concluindo, considera-se que foram atingidos os objetivos propostos neste trabalho de investigação.

A IPPG conseguiu induzir emoções positivas e, com isso, mostrar o papel terapêutico dos aspetos virtuosos da natureza humana ao nível da funcionalidade nas ABVD e SM dos indivíduos em reabilitação pós-AVC.

Espera-se que este estudo possa ser orientador de futuras investigações, ao nível do impacto das forças e virtudes humanas durante a prevenção da doença ou reabilitação pós-AVC, pois é necessário identificar e implementar estratégias de intervenção que promovam o florescimento de aspetos virtuosos da natureza humana nos contextos de saúde.

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO

Neste capítulo apresenta-se uma reflexão geral do projeto de investigação, ao nível das suas implicações para a prática clínica, potencialidades, limitações e sugestões para futuras investigações.

Ao longo do processo de reabilitação pós-AVC grande parte dos indivíduos demonstra dificuldade de adaptação às limitações físicas e cognitivas, reagindo de modo depressivo e com pouca motivação para colaborar nos tratamentos. No entanto, outros indivíduos são capazes de reagir de forma oposta a este acontecimento, fazendo uma reinterpretação do sucedido diferente e adotando atitudes saudáveis e pró-ativas na sua reabilitação.

Deste modo, o presente trabalho de investigação pretendeu desenvolver uma IPPG facilitadora de forças e virtudes humanas e, com isso, melhorar a funcionalidade nas ABVD e SM durante a reabilitação pós-AVC.

De acordo com a revisão da literatura, as emoções positivas podem desempenhar uma importante função na promoção de vantagens para a saúde física e psicológica (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Levenson, 1998; Fredrickson et al., 2000).

Além disso, a revisão da literatura aponta para a importância de se seguir uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas, determinantes na prevenção e no tratamento da doença mental (Sheldon & King, 2001; Seligman, 2002).

As principais potencialidades encontradas na IPPG foram:

a) o GI ter mostrado melhores resultados ao nível da funcionalidade nas ABVD e SM, comparativamente ao GC. Considera-se, portanto, que o GI tenha beneficiado da IPPG, devido ao efeito terapêutico das estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas (evocar acontecimentos bons; encontrar crescimento pessoal; avaliar com apreço o já vivido e perdoar; desenvolver um estilo explicativo da realidade positivo; explorar crenças espirituais/religiosas; praticar o relaxamento imagético; praticar atividades agradáveis; definir objetivos claros e intrínsecos; encontrar significado nos acontecimentos importantes) pois, segundo o modelo *broaden-and-build* das emoções positivas, estas ampliam o repertório individual do pensamento-ação dos indivíduos e constroem recursos pessoais duradouros (Fredrickson, 2000);

b) o facto de o GI ter participado num grupo permitiu que se sentissem apoiados e compreendidos, aproveitando assim o valor terapêutico do grupo, tal qual o defendido por Yalom (1995) e Zimerman (1993);

c) considera-se ainda que a discussão de temas, mediante a técnica do grupo focal permitiu a interação grupal, produzindo dados e *insights* que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo (Kind, 2004), logo fazendo crescer em si forças e virtudes humanas capazes de os ajudar a lidar com o desafio da reabilitação pós-AVC;

d) rentabilizar tempo e recursos;

e) poder ser implementada noutra tipo de instituição e com indivíduos com outras incapacidades físicas;

f) favorecer a aceitação de limitações e promover mudanças de prioridades;

g) promover forças e virtudes humanas durante a reabilitação, tais como esperança e coragem.

As principais limitações encontradas, ao longo da IPPG, foram:

a) ser uma amostra de conveniência, não garantindo a representatividade da população;

b) ter um tamanho reduzido a amostra (dada a exigência dos critérios de inclusão) podendo enviesar os resultados e não permitir a generalização e validação das conclusões;

c) ter sido a investigadora a ler e anotar a resposta pretendida (dadas as dificuldades de leitura e escrita) podendo isso ativar o efeito de desajabilidade social.

Consideram-se como sugestões para futuras investigações, as seguintes:

a) aumentar o tamanho da amostra para garantir maior representatividade da população estudada;

b) alargar o âmbito da intervenção a indivíduos com outras incapacidades físicas e que estão em reabilitação;

c) avaliar outras variáveis, pois segundo a literatura existem fatores preditores de sucesso e outros de insucesso na reabilitação (motivação; suporte social e familiar; estado cognitivo; gravidade inicial e extensão do AVC; déficit anterior ao AVC);

d) avaliar os efeitos da intervenção após 6 meses da alta, de modo a perceber como se mantem o impacto da IPPG sobre a funcionalidade nas ABVD e SM;

e) incluir a família em novas sessões da IPPG, pois esta constitui um fator preditor de sucesso na reabilitação.

Considera-se que as emoções positivas induzidas na IPPG contrariam os efeitos reduzidos do repertório de pensamento-ação das emoções negativas (medo, ansiedade, tristeza, raiva, sofrimento), ampliando e construindo recursos pessoais duradouros que trataram no presente os efeitos os efeitos da excitação fisiológica resultante das emoções negativas, perante a reabilitação pós-AVC. Espera-se, assim, ter criado resiliência.

Posto isto, é necessário fortalecer competências e não apenas corrigir fraquezas, assim como, encontrar formas de induzir emoções positivas para abrir caminhos para a saúde e o bem-estar. As forças e virtudes humanas constituem, deste modo, um importante foco de intervenção na reabilitação pós- AVC.

Concluindo, considera-se que os objetivos propostos foram atingidos e espera-se com isso incentivar o uso de novas formas de intervenção na reabilitação pós-AVC, com a ênfase nas estratégias de intervenção indutoras de emoções positivas e sem nunca desvalorizar o sofrimento, junto dos sobreviventes, familiares e equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abele, A. E., & Gendolla, G. H. E. (2007). Individual differences in optimism predict the recall of personally relevant information. *Personality and Individual Differences*, 43, 1125–1135.
- Aben, I., Denollet, J., Lousberg, R., Verhey, F., Wojciechowski, F., & Honig, A. (2002). Personality and vulnerability to depression in stroke patients: a 1-year prospective follow-up study. *Stroke*, 33, 2391 – 2395.
- Ackerman, N. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational Significance and Dispositional Underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V., & Theorell, T. (1984). Disablement and quality of life after stroke. *Stroke*, 15, 886 – 890.
- Allison, P. J., Guichard, C., Fung, K., & Gilain, L. (2003). Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 543–548.
- Aminoff, M. J., Greenberg, D. A., & Simon, R. P. (2005). *Clinical Neurology*. Boston: McGraw-Hill/Appleton & Lange.
- Anderson, T. P. (1994). Reabilitação de pacientes com derrame cerebral completo. In: F. J., Kottke, & J. F., Lehmann (Edts.), *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen* (pp. 649-699). São Paulo: Manole.
- Anthony, E. J. (1987). Risk, vulnerability, and resilience: An overview. In: E. J., Anthony, & B. J., Cohler (Edts.), *The invulnerable child. The Guilford psychiatry series* (pp. 3–48). New York: Guilford Press.

- Antoni, M. H., & Lutgendorf, S. (2007). Psychosocial factors and disease progression in cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 42–46.
- Antoni, M. H., Carver, C. S., & Lechner, S. C. (2009). Enhancing positive adaptation: Example intervention during treatment for breast cancer. In: C. L., Park, S. C., Lechner M. H., Antoni, & Stanton, A. L. (Edts.), *Medical Illness and Positive Life Change* (pp. 197–214). Washington: American Psychological Association.
- Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Cole, S. W., Dhabhar, F. S., Sephton, S. E., McDonald, (...), & Sood, A. K. (2006). The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: Pathways and mechanisms. *Nature Reviews Cancer*, 6, 240–248.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59-66.
- Argyle, M. (1987) *The Psychology of Happiness*. London: Methuen.
- Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness*. New York: Routledge.
- Ashburn, A. (1997). Physical Recovery Following Stroke. *Physiotherapy*, 83, 480-490.
- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529–550.

- Aspinwall, L. G., & Brunhart, S. M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 993–1003.
- Aspinwall, L. G., & Leaf, S. L. (2002). In search of the unique aspects of hope: Pinning our hopes on positive emotions, future oriented thinking hard times, and other people. *Psychological Inquiry*, 13, 276–288.
- Aspinwall, L. G., & MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Câncer*, 104, 2549 – 2556.
- Aspinwall, L. G., & Tedeschi, R. G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4-15.
- Aspinwall, L. G., Richter, L., & Hoffman, R. R. (2001). Understanding how optimism “works”: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. In: E. C., Chang (Edt), *Optimism and Pessimism: Theory, Research, and Practice* (pp. 217–238). Washington: American Psychological Association.
- Aspinwall, L.G., & Staudinger, U.M. (2003). A Psychology of Human Strengths: some central issues of an emerging field. In L.G., Aspinwall, & U. M. Staudinger (Edts.), *A Psychology of Human Strengths – fundamental questions and future directions for a Positive Psychology* (pp. 9-21). Washington: American Psychology Association.
- Bachorowski, J., & Owren, M. J. (2001). Not all laughs are alike: Voiced but not unvoiced laughter readily elicits positive affect. *Psychological Science*, 12, 252–257.

- Bagg, S., Pombo, A. P., & Hopman, W. (2002). Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. *Stroke*, 33, 179-185.
- Baltes, P., Gluck, J., & Kunzmann, U. (2002). Wisdom: Its structure and function in regulation successful life span development. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp. 327-347). New York: Oxford University Press.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37, 122-147.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barefoot, J. C., Brummett, B. H., Helms, M. J., Mark, D. B., Siegler, I. C., & Williams, R. B. (2000). Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 62, 790–795.
- Barefoot, J.C., Dahlstrom, G., & Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- Bauer, J. J., McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2008). Narrative identity and eudaimonic well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 81-104.
- Beckley, M. N. (2006). Community participation following cerebrovascular accident: Impact of the buffering model of social support. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 129–135.
- Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42 (10), 1129–1148.
- Ben-Sharar, T. (2007). *Aprenda a ser Feliz*. Lisboa: Edições Lua de Papel.

- Berg, B. (1995). *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn Bacon.
- Billings, D. W., Folkman, S., Acree, M., & Moskowitz, J. T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 131–142.
- Blascovich, J., & Katkin, E.S. (1993). *Cardiovascular reactivity to psychological stress and disease*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology* (pp. 39–101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blumenthal, J. A. (1985). Relaxation therapy, biofeedback, and behavioral medicine. *Psychotherapy*, 22, 516–530.
- Bonanno, G.A., Keltner, D., Noll, J. G., Putnam, F. W., Trickett, P. K., LeJeune, J., & Anderson, C. (2002). When the face reveals what words do not: Facial expressions of emotion, smiling, and the willingness to disclose childhood sexual abuse. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 94-110.
- Bowen, A., Lincoln, N.B., & Dewey, M. (2002). Spatial neglect: Is rehabilitation effective? *Stroke. Journal of the American Heart Association*, 33, 2728-2729.
- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102–111.
- Brummett, B. H., Morey, M. C., Boyle, S. H., & Mark, D. B. (2009). Prospective study of associations among positive emotion and functional status in older patients with coronary artery disease. *The Journal of Gerontology, Psychological sciences and social sciences*, 64, 461-469.

- Brunner, L., & Sunddarth, D. (1995). *Tratado de Enfermagem Médico – Cirurgic*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Bruno, A. (2004). Motor Recovery in Stroke. [Online]. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/324386-overview>. [Consultado em 10/12/ 2011].
- Brunstein, J. C., Schultheiss, O.C., & Grassman, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 494-508.
- Buchanan, G. M. (1995). Explanatory style and coronary heart disease. In: G. M., Buchanan, & M. E. P., Seligman (Edts.), *Explanatory Style* (pp. 225-232). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Buchanan, G. M., & Seligman, M. E. P. (1995). *Explanatory Style*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling Good*. New York: Avon.
- Cacioppo, J. T., Priester, J. R., & Berntson, G. G. (1993). Rudimentary determinants of attitudes: II. Arm flexion and extension have differential effects on attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 5–17.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: L. G., Calhoun, & R. G., Tedeschi (Edts.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (pp. 3–23). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Campos, J. J. (2003). When the negative becomes positive and the reverse: Comments on Lazarus's critique of positive psychology. *Psychological Inquiry*, 14, 110-113.

- Carod-Artal, F. J., Gonzalez-Gutierrez, J. L., Herrero, J. A., Horan, T., & De Seijas, E. V. (2002). Functional recovery and instrumental activities of daily living: followup 1-year after treatment in a stroke unit. *Brain Injury*, 16, 207-216.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245–266.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1993). Vigilant and avoidant coping in two patient samples. In H. W., Krohne (Edt.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 295–319). Kirkland, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Carver, C., & Scheier, M. (2002). Optimism. In C. R. Snyder, & S. Lopez (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-256). New York: Oxford University Press.
- Catro Lopes. (2012). AVC: entrevista a Castro Lopes, presidente da Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral. [Online]. Disponível em <http://www.deco.proteste.pt/saude/nc/noticia/avc-entrevista-a-castro-lopes-presidente-da-sociedade-portuguesa-de-acidente-vascular-cerebral>. [Consultado em 10/07/ 2012].
- Chae, J., Zorowitz R. D., & Johnston, M. V. (1996). Functional outcome of hemorrhagic and nonhemorrhagic stroke patients after in-patient rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75, 177-182.
- Chen, Y., & Dilsaver, C. C. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects without Axis 1 disorders. *Biological Psychiatry*, 39, 896–899.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.

- Clarke, P. (2003). Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of Aging Studies*, 17, 171-187.
- Clarke, P., Marshall, V., Black, S. E., & Colantonio, A. (2002). Well-being after stroke in Canadian seniors: findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke*, 33, 1016-1021.
- Cohen, H. (2001). *Neurociência para Fisioterapeutas: Incluindo Correlações Clínicas*. Barueri: Manole.
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive Affect and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 122-125.
- Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14, 374–380.
- Cohler, B. J. (1987). Adversity, resilience, and the study of lives. In: E. J., Anthony & B. J., Cohler (Edts.), *The invulnerable child* (pp. 363–424). New York: Guilford Press.
- Coleman, P. G. (1996). Identity management in later life. In B. Wood (Edt.), *Handbook Of The Clinical Psychology Of Ageing* (pp. 93-113). New York: Wiley.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J., & Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Roles of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82, 234–236.
- Correia, M. S. (2006). *A epidemiologia dos AVC em Portugal*. *Saúde Pública – Sociedade Portuguesa do AVC*. [Online]. Disponível em http://www.spavc.org/lmgs/content/article_42/sp5.pdf. [Consultado em 18/10/ 2012].

- Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., & Endicott, J. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 720–727.
- Crocker, J., Niiya, Y., & Mischkowski, D. (2008). Why does writing about important values reduce defensiveness? Self-affirmation and the role of positive other-directed feelings. *Psychological Science*, 19, 740–747.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The evolving self*. New York: Harper and Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Finding Flow: The Psychology of Engagement With Everyday Life*. New York: Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow: The Classic Work on How to Achieve Happiness*. London: Rider.
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. (2006). *A life worth living: Contributions to positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Das, E., & Fennis, B. (2008). In the mood to face the facts: When a positive mood promotes systematic processing of self-threatening information. *Motivation and Emotion*, 32, 221–230.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., (...), & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality & Social Psychology*, 75, 561–574.
- Day, J. M. (2010). Religion, Spirituality, and Positive Psychology in Adulthood: A Developmental View. *Journal of Adult Development*, 17, 215-229.

- Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da Republica nº 109 – I Série A. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social*. [Online]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>. [Consultado em 10/12/ 2011].
- Dell’Aglio, D., Koller, S., & Yunes, M. A. (2006). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Demos, E. V. (1989). Resiliency in infancy. In: T. F., Dugan, & R., Cole (Edts.), *The child of our times: Studies in the development of resiliency* (pp. 3–22). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Boston: Blackwell.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E., & Larsen, R. J. (1993). The experience of emotional well-being. In: M., Lewis, & J. M., Haviland (Edts), *Handbook of emotions* (pp.404-415). New York: Guilford Press.
- Diener, E., & Oishi, S. (2005). The nonobvious social psychology of happiness. *Psychological Inquiry*, 16, 162-167.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-Being for Public Policy*. New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Direção Geral da Saúde. (2001). Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento. [Online]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>. [Consultado em 10/10/ 2010].

Donkervoort, M., Dekker, J., Stehmann-Saris, F., & Deelman, B. (2001). Efficacy of strategy training in left hemisphere stroke patients with apraxia: a randomised clinical trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11, 549 – 566.

Drossman, D. A. (1999). Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? *American Journal of Medicine*, 107, 41–50.

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.

Duncan, P.W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J.J., Graham, G., (...), & Reker, D. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*, 36, 100-143.

Dunn, D. S., & Brody, C. (2008). Defining the good life following acquired physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 53, 413-425.

Dunn, D. S., Elliott, T. R., & Uswatte, G. (2009). Happiness, resilience and positive growth following disability: Issues for understanding, research, and therapeutic intervention. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Edts.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 651-664). New York: Oxford University Press.

Eastwood, M. R., Rifat, S. L., Nobbs, H., & Ruderman, J. (1989). Mood disorder following cerebrovascular accident. *British Journal of Psychiatry*, 154, 195-200.

Ekman, P. (2008). *Emotional Awareness. A conversation between the Dali Lama and Paul Ekman*. Holt: PaperBacks.

- Elliot, A. J., Sheldon, K. M., & Church, M.A. (1997). Avoidance personal goals and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 915-927.
- Emmons, R. A., & Crumpler, C. A. (2000). Gratitude as human strength: appraising the evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (1), 56-69.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: Experimental studies of gratitude and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-389.
- Emmons, R. A., & Shelton, C. M. (2002). Gratitude and the science of positive psychology. In C. R. Synder, & S. J. Lopez (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp. 459–471). New York: Oxford University Press.
- Emmons, R., & Paloutzian, R. (2003). Psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54, 377–402.
- Enright, R. (2008). *O Poder do Perdão*. Lisboa: Estrela Polar.
- Estrada, C. A., Isen, A. M., & Young, M. J. (1997). Positive affect facilitates integration of information and decreases anchoring in reasoning among physicians. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 72, 117–135.
- European Stroke Initiative. (2003). Recommendations For Stroke Management – Update 2003. *Cerebrovascular Diseases*, 16, 311-337.
- European Stroke Organisation, Executive Committee, & European Stroke Organization Writing Committee. (2008). Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Disease*, 25, 457-507.

- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Predictions and prevention. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 16, 167–215.
- Falconer, J. A., Naughton, B. J., Strasser, D. C., & Sinacore, J. M. (1994). Stroke inpatient rehabilitation: a comparison across age groups. *Journal of the American Geriatric Society*, 42, 39-44.
- Fisher, M. N., Al Snih, S., Ostir, G. V., Goodwin, J. S. (2004). Positive affect and disability among older Mexican American with arthritis. *Arthritis Care & Research*, 51, 34-39.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207–1221.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). Analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- Folkman, S., Chesney, M. A., Collette, L., Boccellari, A., & Cooke, M. (1996). Postbereavement depressive mood and its pre- bereavement predictors in HIV+ and HIV- gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 336–348.
- Frankl, D., Oye, R. K., & Bellamy, P. E. (1989). Attitudes of hospitalised patients towards life support: survey of 200 medical inpatients. *American Journal of Medicine*, 86, 645–58.
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Simon & Schuster.

- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.
- Fredrickson, B. L. & Cohn, M. A. (2008). Positive Emotions. In Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., & Barrett, L. F. (Edts). *Handbook of Emotions* (pp. 777-796). New York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172–175.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology: Special Issue: New Directions in Research on Emotion*, 2, 300–319.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3, 1-25.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychology*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2002). Positive emotions. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp. 120–134). New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions of the Royal society of London Series B – biological sciences*, 359, 1367 – 1377.
- Fredrickson, B. L. (2005). Positive emotions. In: C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Edts.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 120-134). New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity: Groundbreaking research reveals how to embrace the hidden strength of positive emotions, overcome negativity, and thrive*. New York: Crown.

- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19, 313-332.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2001). Positive emotions. In G. A. Bonanno & T. J. Mayne (Edts.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 123–151). New York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002) Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175.
- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191–220.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, 95, 1045-1062.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-257.
- Fredrickson, B. L., Maynard, K. E., Helms, M. J., Haney, T. L., Siegler, I. C., & Barefoot, J.C. (2000). Hostility predicts magnitude and duration of blood pressure response to anger. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 229-243.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365–376.
- Friedli, L. (2009). *Mental Health, Resilience and Inequalities*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Friedman, H. S. & Booth-Kewley, S. (1987). The “disease-prone personality”: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539–555.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Frijda, N. H. (1994). Emotions are functional, most of the time. In Ekman, P., & Davidson, R. (Edts.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 112–122). New York: Oxford University Press.
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life satisfaction set-point: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 158-164.
- Gable, S., & Haidt, J. (2005). Positive psychology. *Review of General Psychology*, 9, 1089-2680.
- Gage, B. F., Cardinalli, A. B., & Owens, D. K. (1996). The effect of stroke and stroke prophylaxis with aspirin or warfarin on quality of life. *Archives of Internal Medicine*, 156, 1829–36.
- Garland, E. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30, 849-864.
- Gasper, K., & Clore, G.L. (2000). Do you have to pay attention to your feelings to be influenced by them? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 698-711.
- Gervy, B., Igou, E. R., & Trope, Y. (2005). Positive mood and future-oriented self-evaluation. *Motivation and Emotion*, 29, 269–296.
- Gil, K. M., Carson, J. W., Porter, L. S., Scipio, C., Bediako, S. M., & Orringer, E. (2004). Daily mood and stress predict pain, health care use, and work activity in African American adults with sickle-cell disease. *Health Psychology*, 23, 267–274.
- Gilbert, D. (2006). *Stumbling on Happiness*. Canada: Knopf.
- Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166, 431-436.

- Glader, E., Stegmayr, B., Norrving, B., Terént, A., Hulter-Asberg, K., Wester, P., & Asplund, K. (1970). Sex differences in management and outcome after stroke, *Stroke*, 34,1970-1975.
- Gray, C. S., French, J. M., Bates, D., Niall, N. E. F., Cartlidge, James, O. F. W., & Venables, G. (1990). Motor Recovery Following Acute Stroke. *Age and Ageing*, 19, 179-184.
- Greer, S., & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147–153.
- Gresham, G. E., Alexander, D., Bishop, D. S., Giuliani, C., Goldberg, G., Holland, A., (...), & Trombly, C. A. (1997). Rehabilitation. *Stroke*, 28, 1522 – 1526.
- Grupo de estudo das doenças cérebro vasculares da Sociedade Portuguesa de Neurologia. (1997). Recommendations from the group for the study of cerebrovascular diseases of the Portuguese Society of Neurology. *Acta Médica Portuguesa*, 10, 607-611.
- Guerra, M. P., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Guimarães, H., P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34, 88-94.
- Gustafson, Y., Nilsson, I., Mattsson, M., Astrom, M., & Bucht G. (1995). Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Drugs and Aging*, 7, 298-309.
- Hackett, M. L., & Anderson, C.S. (2005). Predictors of depression after stroke. A systematic review of observational studies. *Stroke*, 36, 2296-2301.
- Hafsteinsdottir, T. B., & Grypdonck, M. (1997). Being a stroke patient: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 26, 580-588.
- Haidt, J. (2006). *The happiness hypothesis: Finding modern truth in ancient wisdom*. New York: Basic Books.

- Handelsman, M., Knapp, S., & Gottlieb, M. (2002). Positive ethics. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp.731-744). New York: Oxford University Press.
- Hanger, H. C., Walker, G., Paterson, L. A., McBride, S., & Sainsbury, R. (1998). What do patients want to know about stroke? a two year follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, 12, 45–52.
- Hare, J., Pratt, C., & Nelson, C. (1992). Agreement between patients and their self-selected surrogates on difficult medical decisions. *Archives of Internal Medicine*, 152, 1049–1054.
- Harvey, J. H., & Pauwels, B. G. (2003). The ironies of positive psychology. *Psychological Inquiry*, 14, 125-128.
- Hawkes, C. H. (1992). Endorphins: the basis of pleasure?. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 55, 247-250.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). Stress and the aging immune system. *Brain, Behavior and Immunity*, 18, 114–119.
- Helliwell, J. F. (2003). How's Life? Combining individual and national variations to explain subjective well-being. *Economic Modelling*, 20, 331-360.
- Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society series B*, 359, 1435-1446.
- Heruti, R. J., Lusky, A., Dankner, R., Ring, H., Dolgopiat, M., Barell, V., (...), & Adunsky, A. (2002). Rehabilitation outcomes of elderly patients after a first stroke: effect of cognitive status at admission on the functional outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 742-749.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30, 51–77.
- Holland, J. C., Passik, S., Kash, K. M., Russak, S. M., Gronert, M. K., Sison, A.,(...), & Baider, L. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*. 8, 14-26.

- Hood, R. (2003). The relationship between religion and spirituality. In D. Bromley, A. Greil, & D. Bromley (Edts.), *Defining religion: Investigating the boundaries between the sacred and the secular: Vol. 10. Religion and the social order* (pp. 241–245). Amsterdam: Elsevier.
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1*, 1-54.
- Huppert, F. A. (2006). Positive emotions and cognition: developmental, neuroscience and health perspectives. In J. P., Forgas (Edt.), *Affect in Social Thinking and Behavior* (pp. 235-252). New York, NY: Psychology Press.
- Iervolino, S. A., & Pelicione, M. C. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 35*, 115-121.
- Indredavik, B., Bakke, F., Slørdahl, S. A., Rokseth, R., & Håheim, L. L. (1998). Stroke unit treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. *Stroke, 29*, 895-899.
- Isen, A. M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology, 20*, 203–253.
- Isen, A. M., & Daubman, K. A. (1984). The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 1206–1217.
- Isen, A. M., Daubman, K. A., & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates Creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 1122–1131.
- Isen, A. M., Johnson, M. M. S., Mertz, E., & Robinson, G. F. (1985). The influence of positive affect on the unusualness of word associations. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1413–1426.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York: Free Press.

- Johnstone, M. (1980). *Home care for the stroke patient: living in a pattern*. New York: Churchill Livingstone.
- Joiner, T. E., Pettit, J. W., Perez, M., & Burns, A. B. (2001). Can positive emotion influence problem solving among suicidal adults? *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 507–512.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262-280.
- Judd, T. (1999). *Neuropsychotherapy and Community Integration Brain Illness, Emotions and Behaviour*. London: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., (...), & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 169–182.
- Kasser, T. & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., & Weiss, S. T. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation*, 94, 2090–2095.
- Kelly-Hayes, M., Beiser, A., Kase, C. S., Scaramucci, A., D'Agostino, R. B., & Wolf, P. A. (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 12, 119-126.
- Keltner, D., & Bonanno, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 687–702.
- Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well lived*. Washington DC: American Psychological Association.

- Kind, L. (2004). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em revista. Belo Horizonte*, 10, 124-36.
- King, L. A., & Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health. *Personality and social psychology bulletin*, 26, 220–230.
- Klohn, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1067–1079.
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility & Sterility*, 76, 675–687.
- Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Mental Health Promotion in Public Health: Perspectives and Strategies From Positive Psychology. *American Journal of Public Health*, 101, 1-9.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152, 983–991.
- Krueger, R. A. (1996). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. London: Sage Publications.
- Kubzansky, L. D. & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323–337.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Spiro, A., III, Weiss, S. T., Vokonas, P. S., & Sparrow, D. (1997). Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation*, 95, 818–824.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: M. D., Glantz, & J. L., Johnson (Eds.), *Resilience*

- and development: Positive life adaptations* (pp. 179–222). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kwakkel, G., Wagenaar, R. C., Koelman, T. W., Lankhorst, G. J., & Koetsier, J. C. (1997). Effects of intensity of rehabilitation after stroke: a research synthesis. *Stroke*, 28, 1550 – 1556.
- Laíns, J., Oliveira, R. A., Caldas, J., Azenha, A., & Keating, J. (1993). Depressão e ansiedade nos hemiplégicos crónicos. *Revista de Medicina Física e Reabilitação*, 1, 13-17.
- Langhorne, P., Stott, D. J., Robertson, L., MacDonald, J., Jones, L., MacAlpine, (...), & Murray, G. (2000). Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke*, 31, 1223-1229.
- Larrauri, B. G. (2006). *Programa para mejorar el sentido del humor: porque la vida con buen humor merece la pena!* Madrid: Pirámide.
- Layard, R. (2006). *Happiness. Lessons from a new science*. Harmondsworth: Penguin.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2003). The Lazarus manifesto for positive psychology and psychology in general. *Psychological Inquiry*, 14, 175-189.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leaf, S. L., Aspinwall, L. G., & Leachman, S. A. (2010). God and agency in the era of molecular medicine: Religious beliefs predict sunprotection behaviors following melanoma genetic test reporting. *Archives of Psychology and Religion*, 32, 1–26.
- Lee, M. A., & Ganzini, L. (1992). Depression in the elderly; effect on patient attitudes towards life sustaining therapy. *Journal of American Geriatric Society*, 40, 983–988.

- Levenson, R. W. (1992). Autonomic nervous system differences among emotions. *Psychological Science*, 3, 23–27.
- Levenson, R. W. (1994). Human emotion: A functional view. In P., Ekman, & R., Davidson (Edts.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.
- Lewinsohn, P. M., & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 352–375). New York: Guilford.
- Lindgren, I., Jonsson, A. C., Norrving, B., & Lindgren, A. (2007). Shoulder pain after stroke: a prospective population-based study. *Stroke*, 38, 343-348.
- Lo, B., McLeod, G. A., & Saika, G. (1986). Patient attitudes to discussing life sustaining treatments. *Archives of Internal Medicine*, 146, 1613–15.
- Lofgren, B., Gustafsson, Y., & Nyberg, L. (1999). Psychological well-being 3 years after severe stroke. *Stroke*, 30, 567-572.
- Lorig, K., Holman, H. R., Sobel, D., Laurent, D., González, V., & Minor, M. (2000). *Living a Healthy Life With Chronic Conditions*. Boulder, CO: Bull Publishing.
- Lox, C. L., Burns, S. P., Treasure, D. C., & Wasley, D. A. (1999). Physical and psychological predictors of exercise dosage in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1060–1064.
- Lustman, P. J., Frank, B. L. & McGill, J. B. (1991). Relationship of personality characteristics to glucose regulation in adults with diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 53, 305–312.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). *Happiness is a stochastic phenomenon*. *Psychological Science*, 7, 186-189.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.

- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Mahony, D.L, Burroughs, W. J., & Lippman, L. G. (2002). Perceived attributes of health-promoting laughter: A cross-generational comparison. *Journal of Psychology*, 136, 171–181.
- Majid, M. J., Lincoln, N. B., & Weyman N. (2000). Cognitive rehabilitation for memory deficits following stroke. *Cochrane Database Systematic Review*, 3. doi: 10.1002/14651858.
- Marshall, R. S., Lazar, R. M., Pile-Spellman, J., Young, W. L., Hoang Duong, D., Joshi, S., & Ostapovich, N. (2001). Recovery of brain function during induced cerebral hypoperfusion. *Brain*, 124, 1208 – 1217.
- Martins, M. (2002). *Uma crise accidental na família. O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e Bem-Estar*. Coimbra: Formasau.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. Nova York: Harper and Row.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- Masten, A. S., Reed, M. J. (2005). Resilience in development. In: C. R., Snyder, & S. J., Lopez (Edts.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.74-88). New York: Oxford University Press.
- Mattimore, T. J., Wenger, N. S., Desbiens, N. A., Teno, J. M., Hamel, M. B., Liu, H., (...), & Oye, R. K. (1997). Surrogate and physician understanding of patients preferences for living permanently in a nursing home. *Journal of American Geriatric Society*, 45, 818–24.
- Mayne, T. J. (2001). Emotions and health. In T. J. Mayne & G. A. Bonanno (Edts.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 361–397). New York: Guilford Press.

- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 112-127.
- McCullough, M. E., Kilpatrick, S. D., Emmons, R. A., & Larson, D. B. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin, 127*, 249-266.
- McCullough, M., & Witvliet, C. (2002). The psychology of forgiveness. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 446-458). New York: Oxford University Press.
- McHorney, C., & Ware, J. (1995). Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. *Medical-Care, 33*, 15-28.
- McIntosh, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 812–821.
- Meijer, R., Ihnenfeldt, D. S., de Groot, I. J., van Limbeek, J., Vermeulen, M., de Haan, R. J. (2003). Prognostic factors for ambulation and activities of daily living in the subacute phase after stroke. A systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation, 17*, 119-129.
- Middleton, R. A., & Byrd, E. K. (1996). Psychosocial factors and hospital readmission status of older persons with cardiovascular disease. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 27*, 3–10.
- Miller, S. M., Sherman, A. C., & Cristensen, A. J. (2010). Introduction to special series: the great debate – evaluating the health implications of positive psychology. *Annual Behavioral Medicine, 39*, 1-3.
- Miller, W., & Thoresen, C. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist, 58*, 24–35.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

- Moberg, D. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9, 47–60.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park Calif: Sage.
- Moskowitz, J. T., Folkman, S., & Acree, M. (2003). Do positive psychological states shed light on recovery from bereavement?: Findings from a 3-year longitudinal study. *Death Studies*, 27, 471–500.
- Moss, M. S., Moss, S. Z., & Hansson, R. O. (2001). Bereavement and old age. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 241–261). Washington, DC: American Psychological Association.
- Murray, C. D., & Harrison, B. (2004). The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 26, 808-816.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56–67.
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89-105). New York: Oxford University Press.
- Nakayama, H., Jorgensen, H. S., Pedersen, P. M., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1997). Prevalence and risk factors of incontinence after stroke. The Copenhagen Stroke Study. *Stroke*, 28, 58–62.
- Nes, L., & Segerstrom, S. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235–251.
- Nes, R. B., Roysamb, E., Tambs, K., Harris, J. R., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). Subjective well-being: genetic and environmental contributions to stability and change. *Psychological Medicine*, 36, 1033-1042.
- Nilsson, I., Axelsson, K., Gustafson, Y., Lundman, B., & Norberg, A. (2001). Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses

- during the first few months after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 203-214.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20–28.
- Ohman, A. (1993). Fear and anxiety as emotional phenomena: Clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanisms. In M. Lewis & J. M. Haviland (Edts.), *Handbook of emotions* (pp. 511–536). New York: Guilford Press.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363–382.
- Ong, A. D. (2010). Pathways Linking Positive Emotion and Health in Later Life. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 358-362.
- Ong, A. D., & Allaire, J. C. (2005). Cardiovascular intraindividual variability in later life: The influence of social connectedness and positive emotions. *Psychology and Aging*, 20, 476–485.
- Ong, A. D., Bergeman, C., Bisconti, T., & Wallace, K. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730-749.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo a qualidade de vida após um Acidente Vascular Cerebral: Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Loures: Lusociência.
- Orians, G. H., & Heerwagen, J. H. (1992). Evolved responses to landscapes. In J. H. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Edts.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp. 555–579). New York: Oxford University Press.
- Ostir, G. U., Goodwin, J. S., Markides, K. S., Otten-Bacher, K. J., Balfour, J., & Guralnik, J. M. (2002). Differential effects of premorbid physical and

- emotional health on recovery from acute events. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 713-718.
- Ostir, G. V., Berges, I. M., Ottenbacher, M., Clown, A., & Ottenbacher, K. J. (2008). Associations between positive emotion and recovery of functional status following stroke. *Psychosomatic Medicine*, 70, 404-409.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210-215.
- Ostir, G. V., Markides, K., S., Black, S., A., & Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal American Geriatric Society*, 48, 473-478.
- Ostir, G.V., Ottenbacher, K. J., & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19, 402–408.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford.
- Pargament, K., & Mahoney, A. (2002). Spirituality: Discovering and conserving the sacred. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp. 646-659). New York: Oxford University Press.
- Park, C. (2005). Religion and meaning. In R. Paloutzian & C. Park (Edts.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 295-314). New York: Guilford.
- Park, N., & Peterson, C. (2007). Methodological issues in Positive Psychology and the assessment of character strengths. In A. D. Ong & M. H. M. van Dulmen (Edts.), *Oxford Handbook of methods in Positive Psychology* (pp. 292-305). New York: Oxford University Press.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-619.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2006). Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 118-129.

- Patel, M. D., Coshall, C., Rudd, A. G., Charles D. A., & Wolfe, C. D. A. (2002). Cognitive Impairment after Stroke: Clinical Determinants and its Associations with Long-term Stroke Outcomes, *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 700-706.
- Pennebaker, J. W., & Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition & Emotion*, 10, 601–626.
- Pereira, S., Coelho, F. B., & Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral. Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Ata Medica Portuguesa*, 17, 187-192.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, C. (1998). Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 119-132.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A classification and handbook*. Washington: American Psychological Association.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347–374.
- Petosa, R., & Hartz, B. (2009). Wholistic wellness and exercise among adolescents. In R., Gilman, E., Scott Huebner, & M. Furlong (Edts.), *Handbook of positive psychology in schools* (pp.409-422). New York: Routledge.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). Burnout. From Tedium to Personal Growth. New York: The Free Press.
- Pound, P., Bury, M., Gompertz, P., & Ebrahim, S. (1995). Stroke patients' views of their admission to hospital. *British Medical Journal*, 311, 18–22.
- Powell, G. (1979). *Brain and Personality*. London: Saxon House.

- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925–971.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone*. New York: Simon & Schuster.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia*, 11, 169-177.
- Raghunathan, R., & Trope, Y. (2002). Walking the tightrope between feeling good and being accurate: Mood as a resource in processing persuasive messages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 510–525.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239–256.
- Reivich, K., & Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor*. New York: Broadway Books.
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família*. Porto: Afrontamento.
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Richman, L., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology* 24, 422-429.
- Rivero, C., & Marujo, H. A. (2011). *Positivamente*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Robey, R. R. (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 172-187.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Edt.), *Psychology: A study of a Science: Vol. 3. Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.

- Royal College of Physicians. (2004). *National clinical guidelines for stroke. Prepared by the Intercollegiate Working Party for Stroke*. London: RCP.
- Rozanski, A. & Kubzansky, L. D. (2005). Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67, 847-853.
- Ruch, W. (1993). Exhilaration and humor. In M. Lewis & J. M. Haviland (Edts.), *Handbook of emotions* (pp. 605–616). New York: Guilford Press.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce De Leon and Life Satisfaction: New Directions in the_Quest of Successful Aging. *International Journal of Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 15-36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P., & Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57, 539–551.
- Santoni, G. (2003). *83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupos. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores*. Apelação: Paulus Editora.
- Scharloo, M., Kapstein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J., & Rooijmans, H. G. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: A 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology*, 142, 899–907.
- Scheier, M. F., & Bridges, M. W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants of disease. *Psychosomatic Medicine*, 57, 255–268.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A, Owens, J. F., Magovern, G. J. S. R., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and

- recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024–1040.
- Scherer, L. M., Borenstein, M. S., & Padilha, M. I. (2009). Gestantes / puérperas com HIV/AIDS: Conhecendo os deficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13, 359-365.
- Schneider, S. L. (2001). In search of realistic optimism. *American Psychology*, 56, 250-263.
- Schnittker, J. (2008). Happiness and success: genes, families, and the psychological effects of socioeconomic position and social support. *American Journal Sociology*, 114, 233-259.
- Schultz, S. K., Castillo, C. S., Kosier, J. T., & Robinson, R. G. (1997). Generalized anxiety and depression. Assessment over 2 years after stroke. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 5, 229-237.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of Patients with Stroke: Identification and Management of Dysphagia*. [Online]. Disponível em <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign119.pdf>. [Consultado em 18/10/ 2011].
- Seale, G. S., Berges, I. M., Ottenbacher, K. J., & Ostir, G. V. (2010). Change in positive emotion and recovery of functional status following stroke. *Rehabilitation Psychology*, 55, 33-39.
- Segerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M., & Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646–1655.
- Seligman, M. E P, Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.

- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned Optimism: How To Change Your Mind and Your Life*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist Association*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2003). Foreword: The Past and Future of Positive Psychology. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Edts.), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived* (pp. 11-20). Washington: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An Interntional Review*, 57, 3-18.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shafranske, R. & Bier, W. (1999). Religion and the clinical practice: A continuing discussion. *Psychology of Religion Newsletter*, 24, 4–8.
- Shafranske, R. (2002). The necessary and sufficient conditions for anapplied psychology of religion. *Psychology of Religion Newsletter*, 27, 1–12.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581–599.
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.

- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (1998). Pursuing personal goals: Skills enable progress but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 1319- 1331.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). *Why positive psychology is necessary*. *American Psychology*, 56, 216-217.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2004). Achieving sustainable new happiness: prospects, practices, and prescriptions. In: P. A., Linley, & S., Joseph (Edts.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 27-145). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Shen, Q., Cordato, D., Chan, D. K., Hung, W. T., Karr, M. (2006). Identifying the determinants of 1-year post-stroke outcomes in elderly patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 113, 114-120.
- Shirai, K., Issa, H., Ohira, T., Ikeda, A., Noda, H., Honjo, K., Inoue, M., & Tsugane, S. (2009). Perceived level of life enjoyment and risks of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan public health center based study. *Circulation*, 120, 956-963.
- Silva, R. C. (1998). A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: Paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In G. Romanelli, & Z. M. M. Alves (Edts.), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (pp. 159-174). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky . (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65, 467-487.
- Skilbeck, C. (1996). Psychological aspects of stroke. In R. T. Woods (Edt.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 283-302). Chichester: John Wiley & Sons.
- Smith, J. (2003). Stress and aging: Theoretical and empirical challenges for interdisciplinary research. *Neurobiology of Aging*, 24, 77–80.

- Smith, J. C. (1990). *Cognitive-behavioral relaxation training: A new system of strategies for treatment and assessment*. New York: Springer.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H. & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *J. Social Issues*, 58, 715-732.
- Sneeuw, K. C. A., Aaronson, N. K., de Haan, R. J., & Limburg, M. (1997). Assessing quality of life after stroke. *Stroke*, 28, 1541 – 1549.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R Snyder, & S. J. Lopez, (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp.257-276). New York: Oxford University Press.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2012). Novos corpos sociais. Triénio 2012-2015. 2ª Reunião das Unidades de AVC. 7º Congresso Português do AVC. *Newsletter SPAVC*, 2, 1-4.
- Solomon, N. A., Glick, H. A., Russo, C. J., Lee, J., & Schulman, K. A. (1994). Patient preferences for stroke outcomes. *Stroke*, 25, 1721–1725.
- Spielberger, C. D., & Jacobs, G. A. (1982). Personality and smoking behavior. *Journal of Personality Assessment*, 46, 396–403.
- Srivastava, S., McGonigal, K. M., Richards, J. M., Butler, E. A., & Gross, J. J. (2006). Optimism in close relationships: How seeing things in a positive light makes them so. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 143–153.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In: L. G., Calhoun, & R. G., Tedeschi (Edts.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (pp. 138–175). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

- Stein, N. L., Folkman, S., Trabasso, T., & Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological well-being in bereaved caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 872–884.
- Step toe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77, 1747-1776.
- Step toe, A., O'Donnell, K., Badrick, E., Kumari, M., & Marmot, M.G. (2008). Neuroendocrine and inflammatory factors associated with positive affect in healthy men and women: Whitehall II study. *American Journal of Epidemiology*, 167, 96-102.
- Step toe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 6508–6512.
- Step toe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S. R., & Iliffe, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology*, 11, 71–84.
- Stineman, M. G., Maislin, G., Fiedler, R. C., & Granger, C. V. (1997). A prediction model for functional recovery in stroke. *Stroke*, 28, 550-556.
- Storm, A. (1990). *L'equipe pluridisciplinaire de readaptation*. Belgique: Commission des Communautés Européennes.
- Sturm, J. W., Dewey, H. M., Donnan, G. A., Macdonnell, R. A., McNeil, J. J., & Thrift, A. G. (2002). Handicap after Stroke: How does it relate to disability, perception of recovery, and stroke subtype? The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, 33, 762 – 768.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 158–164.
- Taylor, S. E., & Sherman, D. A. (2004). Positive psychology and health psychology: A fruitful liaison. In: A., Linley, & S., Joseph (Edts.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 305–319). New York: Wiley.

- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460–473.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–472.
- Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Stephen, R. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal Personality Society Psychological*, 54, 1031-1039.
- Tennen, H., & Affleck, G. (2003). While accentuating the positive, don't eliminate the negative or Mr. in-between. *Psychological Inquiry*, 14, 163-169.
- Terroni, L. M. N., Leite, C. C., Tinone, G., & Fráguas Jr., R. (2003). Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49, 450-459.
- Thompson, S. C., Sobolev-Shubin, A., Graham, M., & Jangian, A. S. (1989). Psychosocial adjustment following a stroke. *Social Science and Medicine*, 28, 239-247.
- Toole, J. F. (2002). *Distúrbios cerebrais de origem vascular*. São Paulo: Santos.
- Trope, Y., & Neter, E. (1994). Reconciling competing motives in selfevaluation: The role of self-control in feedback seeking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 646–657.
- Trope, Y., & Pomerantz, E. M. (1998). Resolving conflicts among selfevaluative motives: Positive experiences as a resource for overcoming defensiveness. *Motivation and Emotion*, 22, 53–72.
- Trope, Y., Ferguson, M., & Raghunathan, R. (2001). Mood as a resource in processing self-relevant information. In Forgas, J. P. (Edt.), *Handbook of*

- affect and social cognition* (pp. 256-274). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320–333.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal Personality*, 72, 1161-1190.
- Turner, N., Barling, J., & Zacharatos, A. (2002). Positive psychology at work. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Edts.), *Handbook of positive psychology* (pp 715-728). New York: Oxford University Press.
- Vali, F. M., & Walkup, J. (1998). Combined medical and psychological symptoms: Impact on disability and health care utilization of patients with arthritis. *Medical Care*, 36, 1073–1084.
- Versteeg, H., Pedersen, S.S., Erdman, R. A., van Nierop, J. W., de Jaegere, P., & van Domburg, R. T. (2009). Negative and positive affect are independently associated with patient-reported health status following percutaneous coronary intervention. *Quality of Life Research*, 18, 953-60.
- Vittersø, J., Overwien, P., & Martinsen, E. (2009). Pleasure and interest are differentially affected by replaying versus analyzing a happy life moment. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 14-20.
- Wade, D. T., & Collin, C. (1988). The Barthel Index: a standard measure of physical disability? *International Disability Studies*, 10, 64-67.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Werner, E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Westcott, P. (2000). *Stroke: Questions and answers*. London: The Stroke Association.

- Williams, A. (1993). Caregivers of persons with stroke: Their physical and emotional wellbeing. *Quality of Life Research*, 2, 213-220.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., & Shekelle, R. B. (1985). The health consequences of hostility. In: M. A., Chesney, & R. H., Rosenman (Edts), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 173-185). Washington, DC: Hemisphere.
- Williams, R. B., Jr., Haney, L. T., Lee, K. L., Kong, Y., Blumenthal, J., & Whalen, R. (1980). Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 42, 539–549.
- Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). *Bound and Determined: Growing up resilient in a troubled family*. New York: Villard.
- Wyller, T. B., Sødning, K. M., Sveen, U., Ljunggren, A. E., & Bautz-Holter, E. (1997). Are there gender differences in functional outcome after stroke? *Clinical Rehabilitation*, 11, 171-179.
- Wyller, T. B., Holmen, J., Laake, P., & Laake, K. (1998). Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke*, 29, 363–67.
- Yalom, I. D. (1995). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yates, T. M., & Masten, A. S. (2004). Fostering the future: resilience theory and the practice of positive psychology. In: A. P., Linley, & S., Joseph (Edts.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 521---539). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Yorkston, K. M. (1996). Treatment efficacy: dysarthria. *Journal of Speech Hearing and Research*, 39, 46-57.
- Zautra, A.J., Johnson, L.M., & Davis, M.C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212–220.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.

- Zimmerman, M. A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for: Implications for schools and policy. *Society for Research in Child Development*, 8, 1-19.
- Zinn, S., Dudley, T. K., Bosworth, H. B., Hoenig, H. M., Duncan, P. W., & Horner, R. D. (2004). The effect of poststroke cognitive impairment on rehabilitation process and functional outcome. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85, 1084-1090.
- Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. Paloutzian & C. Park (Edts.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21- 42). New York: Guilford.
- Zwecker, M., Levenkrohn, S., Fleisig, Y., Zeilig, G., Ohry, A., & Adunsky, A. (2002). Mini-Mental. State Examination, Cognitive Fim Instrument And Loewenstei Occupational. Therapy Cognitive Assessment: Relation To Functional. Outcome Of Stroke Patients. *Archives of Physical Medicine And Rehabilitation*, 83, 342-345.

ANEXOS

Anexo 1 Questionário Sócio-demográfico e Clínico

Idade	
Sexo	☐ Masculino ☐ Feminino
Grau de escolaridade	☐ Sem escolaridade ☐ Até 4 anos ☐ Superior a 4 anos
Estado civil	☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado
Etiologia do AVC	☐ Isquémico ☐ Hemorrágico
Situação clínica	☐ Hemiparesia direita ☐ Hemiparesia esquerda
Fator (s) de Risco	☐ Hipertensão ☐ Etilismo ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Tabagismo

Anexo 2

Protocolo - Índice de *Barthel*

Este questionário pretende avaliar a funcionalidade para as atividades básicas da vida diária.

O questionário é anónimo e os dados são confidenciais. Responda de forma sincera, tendo em conta que não existem respostas certas nem erradas.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Para cada uma das afirmações, selecione, com uma cruz, uma das opções:

A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal:	
Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho	
Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
B. Atualmente, consegue tomar banho:	
Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro	
Não consegue tomar banho sozinho	
C. Atualmente, consegue vestir-se:	
Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)	
Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar)	
Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
D. Atualmente, consegue alimentar-se:	
Alimenta-se sozinho	
Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho	
Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.	
Não consegue alimentar-se sozinho	
E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?	
Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade	
Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)	
Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira	
Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
F. Atualmente, consegue subir e descer escadas	
Consegue subir e descer escadas	
Precisa de ajuda para subir e descer escadas	
Não consegue subir ou descer escadas	
G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se	
Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.)	
Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa	
Consegue andar sozinho em cadeira de rodas	
Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
H. Atualmente, tem controlo na função intestinal	
Controla bem esta função	
Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes	
Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
I Atualmente, controla a função urinária	
Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos	
Perde urina acidentalmente	
Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
J Atualmente, consegue ir à casa de banho	
Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho	
Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	
Não consegue ir à casa de banho sozinho	

Anexo 3

Protocolo – MHI -5

Este questionário pretende avaliar a saúde mental.

O questionário é anónimo e os dados são confidenciais.

Responda de forma sincera, tendo em conta que não existem respostas certas nem erradas.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Para cada uma das afirmações, selecione, com uma cruz, uma das opções:

1.Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?	
Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	
2.Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?	
Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	
3.Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?	
Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	
4.Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?	
Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	
5.No último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?	
Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

Anexo 4

Pedido de autorização à Direção da UCCI

Exmos. Senhores,

Trabalho como Psicóloga na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde e, a par disso, sou aluna do Programa Doutoral em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, na área de especialização em Psicologia da Saúde.

No presente momento, encontro-me na fase de elaboração da dissertação do referido curso, com o título de “Intervenção psicológica positiva em grupo: forças e virtudes humanas ao nível da funcionalidade e saúde mental na reabilitação pós – AVC”. Esta intervenção tem a duração de 10 sessões, com periodicidade semanal e a duração aproximada de 45 minutos para cada sessão.

Neste sentido, venho solicitar autorização para a participação dos utentes internados, na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação de Vila do Conde para a realização do referido estudo.

Toda a informação obtida será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a identificação do utente.

Com os melhores cumprimentos,

(Maria de La Salete Batista Estrela Dias)

A Direção,

Anexo 5

Consentimento Informado

No âmbito do desenvolvimento da tese do Programa Doutoral em Psicologia da Saúde da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a sua autorização para a participação no estudo: Intervenção Psicológica Positiva em Grupo: forças e virtudes humanas ao nível da funcionalidade e saúde mental na reabilitação pós – AVC. Esta intervenção tem a duração de 10 sessões, com periodicidade semanal e a duração aproximada de 45 minutos para cada sessão.

Toda a informação obtida será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a sua identificação. Toda a informação que permita qualquer identificação será codificada. Caso existam motivos para não continuar a participar na investigação, poderá retirar-se do projeto de investigação.

Declaro que tomei conhecimento do projeto de investigação acima mencionado, bem como, dos procedimentos implicados e consinto a recolha dos dados.

Anexo 6

Acolhimento

O grupo é recebido numa sala apropriada.

Os indivíduos estão sentados em cadeiras, colocadas em círculo.

As sessões são baseadas numa perspetiva não diretiva.

Procura-se modelar a confiança, respeito e preocupação pelos outros.

O grupo é alertado para os seguintes aspetos:

- *Respeitar as opiniões de todos;*
- *Não existiam respostas certas ou erradas;*
- *Todos podem expressar a sua opinião.*

Objetivo

Criar um clima de confiança, empatia, segurança e partilha.

Atividade

Perguntas abertas

- *Qual o objetivo do internamento?*
 - *Como se sentiu quando chegou à UCCI?*
 - *Gosta de estar aqui?*
-

Anexo 7

Modulo I

Recordação mais agradável – tema de discussão

Estratégia de intervenção: Evocar acontecimentos bons

Objetivo

Treinar a atenção sobre aspetos positivos do passado.

Atividade

Aspetos positivos do passado.

- *Qual a vossa recordação mais agradável?*

Anexo 8

Módulo I

Conhece-te positivamente – tema de discussão

Estratégia de intervenção: Encontrar crescimento pessoal

Objetivo

Mostrar que as vivências do passado nos podem transformar positivamente.

Atividade

Episódio de vida traumático.

- Qual o momento em que desenvolveram virtudes e forças?

Anexo 9

Módulo I

Agradecer e Perdoar – tema de discussão

Estratégia de intervenção: Avaliar com apreço o já vivido e o perdoar

Objetivo

Mostrar que agradecer e perdoar contribui para o bem-estar.

Atividade

Carta.

- O que escreveriam a agradecer e a perdoar?

Anexo 10

Módulo II

Sentido positivo na adversidade – tema de discussão

Estratégia de intervenção: Desenvolver um estilo explicativo da realidade positivo

Objetivo

Mudar pensamentos por outros mais adaptativos e realistas.

Atividade

Barómetro de mitos na 3ª idade - *debate*.

Os idosos preferem estar em casa

Os idosos estão sempre a adoecer

Os idosos quando são hospitalizados é porque vão morrer

Anexo 11

Módulo II

Acontecimento diário positivo – tema de discussão

Estratégia de intervenção: Atribuir significado positivo a acontecimentos normais e identificar atividades agradáveis

Objetivo

Dar atenção ao que é positivo e gratificante na vida.

Atividade

Bloco de notas.

– Quais os aspetos positivos deste dia na UCCI?

Anexo 12

Módulo II

Transcendência do Eu – tema de discussão

Estratégias de intervenção: Explorar crenças espirituais/religiosas e praticar o relaxamento

Objetivos Refletir sobre crenças espirituais/religiosas e focar a atenção.

Atividade: Relaxamento imagético

Sente-se confortavelmente. Feche os olhos

Durante alguns minutos fique atento á sua respiração

Note o ar que entra e percorre o organismo

E, na expiração, a sensação de relaxamento

Foque a sua atenção no aqui e agora

Pode ser que alguns pensamentos surjam. Não os evite.

Deixe que sigam o seu percurso,

Procure voltar a focar toda atenção na inspiração e expiração

Começa a sentir-se mais calmo e sereno

Procure uma imagem mental que traga calma e foque a atenção nela

Se os pensamentos voltarem, torne a focar-se na sua respiração

Inspire e expire. Volte à imagem mental.

Tome consciência da sensação de relaxamento

Volte a focar a atenção na inspiração e expiração

Calmamente abra os olhos. Olhe à sua volta.

– O que sentiu?

Anexo 13

Modulo III

Postura pró-ativa – tema de discussão

Estratégia de intervenção: Estabelecer objetivos claros e intrínsecos

Objetivos

Criar objetivos a curto, médio e longo prazo e, meios a desenvolverem.

Atividade

Momento de alta do internamento.

- Quais os planos traçados?

Anexo 14

Módulo III

Sentido de vida (Positivo) – tema de discussão

Estratégia de intervenção: Encontrar significado positivo nos acontecimentos importantes

Objetivo

Valorizar as emoções positivas, o envolvimento e, o significado na vida.

Atividade

Cartaz.

– Quais os ingredientes para um sentido de vida (positivo)?

Anexo 15

Finalização – Avaliação da IPPG

Objetivo

Avaliação da Intervenção Psicológica Positiva em Grupo

Atividade

Chuva de opiniões.

– *Qual a avaliação que fazem destas sessões?*
