



Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Relatório de estágio:
refletindo sobre a prática baseada na evidência**

Carla Alexandra Calisto Matias, nº 5120337

Leiria, maio de 2014



Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de estágio:
refletindo sobre a prática baseada na evidência

Carla Alexandra Calisto Matias, nº 5120337

Unidade Curricular: Relatório de estágio

Professor Orientador: Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Leiria, maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes pela orientação, disponibilidade e aprendizagens proporcionadas.

À família, por terem tornado mais fácil este processo.

Ao Adérito pela ajuda, paciência e compreensão das dificuldades e ausências que esta formação implicou.

Aos amigos, pelo apoio demonstrado, pelas intervenções “*anti stresse*” e pela compreensão das longas ausências.

Às colegas da Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha, em particular à Margarida Santo, pelo grande apoio neste percurso e por me permitir concretizar as aprendizagens frequentando as unidades curriculares e os ensinamentos clínicos.

À equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON, particularmente à enfermeira Lúcia Corado e ao enfermeiro Nuno Borda de Água pela orientação e aprendizagens proporcionadas ao longo da especialidade.

À enfermeira Dionísia Venâncio do serviço de psiquiatria do HDS, pelo apoio e pelas oportunidades de aprendizagens proporcionadas.

Aos utentes, os quais me permitiram desenvolver os projetos idealizados.

Aos colegas e amigos do curso de especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, pelo companheirismo, apoio e colaboração ao longo deste processo.

A todos, MUITO OBRIGADO.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CAISM – Consulta de Avaliação Inicial em Saúde Mental

CHON – Centro Hospitalar Oeste Norte

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPV – Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DGRS – Direção Geral de Reinserção Social

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EEE – Escala de Expressão Emocional

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

EESMP – Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiatria

EMMB – Escala Medida de Manifestação de Bem-estar

ET – Equipa de Tratamento

HDS – Hospital Distrital de Santarém

ICN – International Council of Nurses

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

MHI – Mental Health Inventory (Inventário de Saúde Mental)

mom. – momento

NIASM – Núcleo de Intervenção na Área da Saúde Mental

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PISM – Projeto Inovador em Saúde Mental

s.d. – sem data

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSM – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

RESUMO

O presente relatório de estágio pretende identificar e descrever as competências adquiridas enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, com o objetivo de obter o grau de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Ao longo deste relatório serão apresentados vários capítulos correspondentes a várias intervenções realizadas ao longo do curso de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Leiria, e que demonstram a aquisição de competências nesta área. Deste modo, apresentar-se-á o trabalho de investigação realizado no grupo terapêutico ComunicAr'te, as intervenções realizadas no grupo da dor, os jogos terapêuticos dinamizados, as intervenções no autoconceito, autocuidado e autoestima, um estudo de caso realizado e as intervenções realizadas no âmbito da melhoria da qualidade.

Palavras-chave: enfermagem; saúde mental; psiquiatria; mestrado.

ABSTRACT

This report aims to identify and describe the skills acquired as a psychiatric and mental health nurse, to get a master's degree in psychiatry and mental health nursing.

Throughout this report are shown various chapters that portray many interventions held during the course of specialization on mental health nursing and psychiatry, by the School of Health Leiria, which demonstrate the acquisition of skills in this area.

The chapters include the research work carried out in the therapeutic group ComunicAr'te, interventions in the pain group, the therapeutic games carried out, interventions at self-concept, self-care and self-esteem, a case study and the interventions carried out in quality improvement

Key words: nursing; mental health; psychiatry; master's degree.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

1. **AUTOANÁLISE: REFLEXÃO E AUTOCONHECIMENTO** 15
2. **CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO** 18
 - 2.1. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CHON 18
 - 2.2. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HDS 22
3. **COMUNICAR'TE – COMUNICAR ATRAVÉS DA ARTE** 25
 - 3.1 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 26
 - 3.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO 26
 - 3.2.1 **A arte enquanto terapia** 27
 - 3.2.2 **A saúde mental, o bem-estar e as emoções enquanto condições essenciais do indivíduo** 28
 - 3.2.3 **O impacto das perturbações mentais** 31
 - 3.2.4 **A intervenção em grupo** 31
 - 3.2.5 **Enquadramento da intervenção no âmbito da competência F4 do EESM** 32
 - 3.3 METODOLOGIA 34
 - 3.4 INSTRUMENTOS 35
 - 3.5 PROCEDIMENTOS 37
 - 3.6. RESULTADOS 39
 - 3.7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS 46
4. **INTERVENÇÕES EM EESMP NO GRUPO DA DOR** 50
 - 4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO 50
 - 4.1.1 **Intervenções no grupo da dor do HDS** 51
 - 4.1.1.1 Enquadramento das intervenções no âmbito da competência F4 do EESM 52
 - 4.1.1.2 A dor e o stresse 53
 - 4.1.1.3 A dor e a ansiedade 54
 - 4.1.1.4 A importância das emoções 55

4.1.1.5	Fundamentação das intervenções	56
5.	JOGOS TERAPÊUTICOS	59
5.1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	59
5.2.	DESCRIÇÃO DO JOGO E SUA FUNDAMENTAÇÃO	60
6.	INTERVENÇÕES NO AUTOCONCEITO, AUTOCUIDADO E AUTOESTIMA	63
7.	ESTUDO DE CASO	66
8.	INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DA MELHORIA DA QUALIDADE	68
8.1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	68
8.2.	DOCUMENTOS ELABORADOS	69
8.3.	ATIVIDADES FORMATIVAS	72
8.4.	MELHORIA CONTÍNUA ATRAVÉS DO CUIDAR DO CUIDADOR	76
8.5.	PROJETO DE MELHORIA CONTINUA NA ET DE CALDAS DA RAINHA	78
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80

BIBLIOGRAFIA 81

ANEXOS

ANEXO I	ComunicAr'te - autorizações e documentos
ANEXO II	ComunicAr'te – desenho do estudo, plano de sessões e outros
ANEXO III	Grupo da dor – plano de sessões
ANEXO IV	Jogos terapêuticos
ANEXO V	Intervenção no autocuidado, autoconceito e autoestima – plano de sessão
ANEXO VI	Estudo de caso
ANEXO VII	Documento CAISM
ANEXO VIII	Documento de colheita de dados (SAPE)
ANEXO IX	Manual “Política de voluntariado”
ANEXO X	Indicadores NOC
ANEXO XI	Formação CHON
ANEXO XII	Formação HDS
ANEXO XIII	Sessão de relaxamento – plano de sessão e outros documentos
ANEXO XIV	Projeto de melhoria contínua da ET Caldas da Rainha

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	MHI: Nível de Saúde Mental	41
GRÁFICO 2	EMMB: Nível de Bem-estar	41
GRÁFICO 3	EEE: Nível de Expressão Emocional	41

INDICE DE TABELAS

TABELA 1	nº de habitantes por município	19
TABELA 2	Sessões do grupo ComunicAr'te	38
TABELA 3	Tendência evolutiva dos níveis de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional (comparação entre o 1º e 3º momento)	42
TABELA 4	Tendência evolutiva dos níveis avaliados pelas subescalas do MHI (comparação entre o 1º e 3º momento)	42
TABELA 5	Tendência evolutiva dos níveis avaliados pelas subescalas da EMMB (comparação entre o 1º e 3º momento)	43
TABELA 6	Tendência evolutiva dos níveis de saúde mental, bem-estar e expressão emocional avaliada pela média e mediana das escalas MHI, EMMB e EEE, do 1º, 2º e 3º momentos	44
TABELA 7	Tendência evolutiva das subescalas do MHI, avaliadas pela média e mediana no 1, 2º e 3º momentos	44
TABELA 8	Tendência evolutiva das subescalas do distress psicológico e bem-estar psicológico do MHI, avaliadas pela média e mediana no 1, 2º e 3º momentos	45
TABELA 9	Tendência evolutiva das subescalas da EMMB, avaliadas pela média e mediana no 1, 2º e 3º momentos	45
TABELA 10	Competências em Enfermagem Especializada e EESMP no Grupo ComunicAr'te	49
TABELA 11	Sessões do Grupo da dor	52

- TABELA 12 Competências em Enfermagem Especializada e EESMP no Grupo da Dor 58
- TABELA 13 Competências em Enfermagem Especializada e EESMP nos Jogos Terapêuticos 62
- TABELA 14 Competências em Enfermagem Especializada e EESMP nas intervenções no autocuidado, autoconceito e autoestima 65
- TABELA 15 Competências em Enfermagem Especializada e EESMP - estudo de caso 67
- TABELA 16 Competências em Enfermagem Especializada e EESMP na melhoria da qualidade 79

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular “relatório de estágio” do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria e tem como objetivo identificar e descrever as competências adquiridas ao longo deste curso, conducentes ao grau de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, ao qual me proponho.

De acordo com o programa desta unidade curricular, os objetivos deste trabalho são desenvolver competências na elaboração de relatórios, na identificação de problemas, definição de soluções e reflexão sobre as intervenções desenvolvidas, e ainda, na área da comunicação de resultados, os quais pretendo atingir.

Na realização do presente relatório pretendo também, enquanto objetivos pessoais, refletir mais aprofundadamente, através da fundamentação teórica, sobre as práticas profissionais praticadas durante o processo formativo e enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

Deste modo, irei identificar e descrever as intervenções realizadas nos ensinamentos clínicos de âmbito comunitário e hospitalar, realizados no ano de 2012 no serviço de psiquiatria e saúde mental do Centro Hospitalar Oeste Norte (CHON) (atualmente denominado apenas de Centro Hospitalar do Oeste) e no serviço de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (HDS). Mencionarei também algumas competências desenvolvidas ao longo do 1º semestre do referido curso, durante a frequência das unidades curriculares.

Os documentos de referência nos quais me baseie ao longo deste processo formativo e durante a construção do presente relatório foram particularmente o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a), o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental

(OE, 2010b) e o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental (OE, 2011a).

Relativamente aos referenciais teóricos de enfermagem que guiaram o meu olhar e intervenção no cuidar em enfermagem de saúde mental foram principalmente a teoria do cuidar de Jean Watson e a teoria de enfermagem psicodinâmica de Hildegard Peplau.

Na década de 50 Peplau introduziu o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente, como o principal instrumento da Enfermagem psiquiátrica (Campos & Barros, 2000) desenvolvendo a teoria das relações interpessoais e classificando a prática de enfermagem em “enfermagem psicodinâmica”, em que a enfermeira compreende os problemas de uns para ajudar outros na identificação das necessidades sentidas, aplicando os princípios das relações humanas (Howk, 2004).

Para Saeki (1994), citado por Oliveira e Alessi (2003, p. 337), “o papel do enfermeiro em serviços de saúde mental é o de agente terapêutico, cujo objetivo fundamental é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais.” Por sua vez, Watson (2002) enuncia que a arte do cuidar transpessoal em enfermagem é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, auxiliando o indivíduo a progredir para um elevado sentido do ser e de harmonia com a sua mente, corpo e alma.

Ao longo deste processo foram considerados os dez fatores de cuidar descritos por Watson, sendo identificados alguns deles ao logo deste relatório, entre os quais, um sistema de valores humanista-altruísta, o cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros, o desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança, a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, o uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões, a promoção do ensino-aprendizagem interpessoais, a provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio e a permissão de forças fenomenológico-existenciais (Howk, 2004).

O relatório será constituído por diversos capítulos que pretendem identificar e descrever algumas das diversas intervenções que desenvolvi ao longo deste processo formativo e as quais fundamentam a aquisição das competências como enfermeira especialista, nos vários domínios de competência – domínio da responsabilidade profissional, ética e

legal, domínio da melhoria da qualidade, domínio da gestão dos cuidados, domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim como, as competências específicas adquiridas e desenvolvidas enquanto especialista em enfermagem de saúde mental.

Quanto à ordem de apresentação dos conteúdos, o primeiro capítulo intitula-se «Autoanálise: reflexão e autoconhecimento» e pretende fundamentar a importância das estratégias desenvolvidas neste âmbito, no decurso da especialização em enfermagem de saúde mental. Seguidamente serão apresentados e caracterizados os locais onde realizei os dois ensinamentos clínicos. O terceiro capítulo refere-se às intervenções no grupo terapêutico ComunicAr'te, o qual foi simultaneamente objeto de investigação científica. O quarto capítulo refere-se às intervenções em enfermagem especializada em saúde mental no grupo da dor do HDS e o capítulo seguinte descreverá os jogos terapêuticos elaborados e implementados. O capítulo 6 reporta-se às intervenções no autoconceito, autocuidado e autoestima e o capítulo 7 a um dos estudos de caso realizados. O capítulo 8 descreve as intervenções no âmbito da melhoria da qualidade. E por último, apresentam-se as considerações finais e a bibliografia. Em anexo encontram-se diversos documentos que complementam a informação dos vários capítulos.

Será no entanto importante salientar que, o planeamento de algumas sessões apresentadas em anexo, não pretenderam ser um modelo estanque e autocopiativo a utilizar em todas as intervenções com o mesmo objetivo. Pretendem servir, portanto, de um guia orientador para a prática, segundo as intervenções recomendadas a realizar em determinada situação. Do mesmo modo, todas as intervenções planeadas, não pretendem ser necessariamente realizadas numa mesma sessão, mas consoante as necessidades avaliadas ao longo das mesmas.

1. AUTOANÁLISE: REFLEXÃO E AUTOCONHECIMENTO

É descrito pela OE (2010a) que o enfermeiro especialista detém competências relacionadas com a assertividade e autoconhecimento, o qual é fulcral na prática de enfermagem, visto que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

Esta competência ganha relevo no que concerne ao enfermeiro especialista em saúde mental, sendo este profissional responsável por deter um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, sendo que o autoconhecimento é central na prática de enfermagem de saúde mental (OE, 2010b).

Neste sentido, tornou-se fundamental ao longo deste processo formativo, desenvolver competências relacionadas com a autoanálise com intuito de desenvolver a reflexão sobre a prática e o autoconhecimento. Aliar estas duas reflexões irá, portanto, permitir desenvolver competências relacionadas com os quatro pilares da educação - aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver juntos - conforme definidos por Jacques Delors, os quais deverão fazer parte do perfil da enfermeira idealizada que se pretende formar, conforme indicam Faustino e Egry (2002).

Para melhorar o desempenho profissional, tornou-se também indispensável a perceção das dificuldades, das dúvidas e das necessidades sentidas, estando a realização de uma autorreflexão crítica e construtiva na base do crescimento (pessoal e profissional), levando-nos a ponderar as nossas ações, atitudes e comportamentos. Tal como referem Benner (1984) e Champion (1991) citados por Queirós, Silva e Santos (2000, p. 33) “a prática é o fulcro da educação em enfermagem e se aprender deve ocorrer a partir da prática, então a reflexão é fundamental.”

Desenvolver a autoconsciência e autoperceção, enquanto pessoas e profissionais, é também fundamental, na medida em que o que somos influencia a forma como intervimos e vivemos a relação terapêutica. Este autoconhecimento ajuda-nos a reconhecer as nossas próprias limitações, adquirindo consciência das situações nas quais

devemos ou não intervir, evitando correr o risco de termos atitudes anti terapêuticas ou reagir em contratransferência, por exemplo. Tal como refere Taylor (1992), o relacionamento entre a enfermeira e o paciente tem potencial gerador de se tornar uma experiência terapêutica para o paciente, sendo para isso necessário que a enfermeira desenvolva a autoconsciencialização, visto que o seu próprio comportamento influencia o comportamento dos outros.

Por sua vez, Stuart e Laraia (2001) afirmam que as pessoas que ajudam outras, como é o caso dos enfermeiros, devem conseguir responder à questão “Quem sou eu?”, considerando a autoconsciência componente fundamental da experiência da enfermagem psiquiátrica.

Também a OE (2010b, p. 4) corrobora com esta afirmação, afirmando que

“a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.”

Deste modo, pode-se depreender que o processo de desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência se enquadra naquilo que é a finalidade da psicoterapia existencial, conforme descrito pelos vários autores, citados por Teixeira (2006, p. 289):

“procura de si próprio (May, 1958); procura do sentido da existência (Frankl, 1984); tornar-se mais autêntico na relação consigo próprio e com os outros (Bugental, 1978); superar os dilemas, tensões, paradoxos e desafios do viver (Van Deurzen-Smith, 2002); facilitar um modo mais autêntico de existir (Cohn, 1997); promover o encontro consigo próprio para assumir a sua existência e projetá-la mais livremente no mundo (Villegas, 1989) e aumentar a autoconsciência, aceitar a liberdade e ser capaz de usar as suas possibilidades de existir (Erthal, 1999).”

Deste modo, poder-se-á afirmar que um autoconhecimento mais profundo aliado à consciência dessa necessidade e realizando reflexões diárias da prática, será o caminho a percorrer para um melhor cuidar.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Neste capítulo irá ser caracterizado o serviço de psiquiatria e saúde mental do Centro Hospitalar Oeste Norte (CHON) onde realizei o ensino clínico de âmbito comunitário e o serviço de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (HDS) onde realizei o ensino clínico de âmbito hospitalar.

Para facilitar o enquadramento das intervenções realizadas nos respetivos locais, nos próximos capítulos, identificarei a instituição onde estes se realizaram, designando o ensino clínico de âmbito comunitário, referindo-me ao ensino clínico no CHON e o ensino clínico de âmbito hospitalar, referindo-me ao ensino clínico no HDS.

A contextualização dos locais reportar-se-á ao período em que foram realizados os ensinamentos clínicos, não sendo descritas as alterações organizacionais após essa data.

2.1. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CHON

O primeiro ensino clínico foi o mais longo tendo resultado da junção dos ensinamentos clínicos I (ensino clínico em enfermagem de saúde mental) e III (opcional), tendo sido realizado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) do Centro Hospitalar Oeste Norte, no período compreendido entre 5 de março e 25 de maio de 2012. No entanto, de modo a dar continuidade à intervenção e investigação iniciada com o grupo ComunicAr'te foi prolongada a permanência no serviço até outubro de 2012, sendo que o período académico terminou em 14 de julho de 2012.

Este serviço encontra-se localizado no 2º piso do edifício central do Hospital Termal Rainha D. Leonor na cidade de Caldas da Rainha, a qual tem uma densidade populacional de 51 729 habitantes (INE, 2011) distribuídos por uma área de 255 87 km². Além deste concelho, o serviço dá também resposta próxima às necessidades da população dos concelhos de Bombarral, Óbidos, Alcobaça, Peniche e Nazaré, através de um Projeto Inovador em Saúde Mental (PISM) com o funcionamento de equipas transdisciplinares numa base de intervenção comunitário-cêntrica, as quais permitem

melhorar o acesso da população ao serviço de saúde mental e garantir a continuidade de cuidados. Assim, o serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON pretende dar resposta a um total de 176 298 habitantes (tabela n.º 1).

Tabela 1 – n.º de habitantes por município	
Município	População residente
Caldas da Rainha	51 729
Bombarral	13 193
Óbidos	11 772
Alcobaça	56 693
Peniche	27 753
Nazaré	15 158
Total	176 298
Fonte: INE (2011)	

Em termos de recursos humanos, a equipa é constituída por três médicos psiquiatras (dois a tempo parcial), três enfermeiros(as) especialistas em saúde mental, uma das quais também terapeuta familiar, duas técnicas administrativas, seis psicólogas clínicas, duas das quais com formação em grupanálise e uma das quais com formação em terapia familiar. Em regime de voluntariado existe ainda uma psicomotricista e uma assistente social.

A DGS (2004), de acordo com a sua proposta apresentada na conferência sobre saúde mental em 1995, aconselha o rácio de 6 enfermeiros para cada 50 000 habitantes nos serviços locais de saúde mental para adultos. Perante estes dados percebemos que apenas para o concelho de Caldas da Rainha (51 729 habitantes) será necessário o dobro do número de profissionais existentes atualmente, sendo reconhecido o escasso número de profissionais (enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos) nos serviços de saúde mental (Ministério da Saúde, 2008).

Esta equipa funciona com a construção de uma matriz transdisciplinar, a qual é sustentada na diferença pessoal e profissional dos seus constituintes, tornando-se geradora de discordância criativa potenciadora de novos argumentos e patamares de discussão, através dos quais vive e cresce, sendo a sua missão contribuir para a prevenção e tratamento da doença mental, para a promoção e proteção da saúde mental

das pessoas, famílias, grupos e comunidade entendendo a saúde como um *continuum* entre doença e o bem-estar, proporcionando o tratamento mais adequado baseado na evidência.

Definindo transdisciplinaridade, este conceito consiste na “integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada”, em que a sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder, implicando a “criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem” (Filho, 2005, p. 40). O mesmo autor, citando Vasconcelos (1997) menciona que a transdisciplinaridade traduz uma radicalização da interdisciplinaridade, criando um campo teórico, operacional ou disciplinar novo e mais amplo. Filho (2005) acrescenta ainda que a “nova saúde mental” tendo origem na verdadeira integração de diferentes disciplinas constitui um exemplo desta proposição.

Por sua vez, e partindo do pressuposto que a intervenção transdisciplinar implica o trabalho em equipa, dever-se-á definir este conceito. Para Lança (2013) citando Araújo e Henriques (2005), uma equipa pode ser considerada como um grupo de indivíduos que cooperam entre si no sentido de atingir objetivos comuns, em que cada elemento se empenha no máximo das suas possibilidades, na defesa dos interesses coletivos e na perseguição dos objetivos apontados, conhecendo claramente as tarefas que lhe pertence e os objetivos individuais a atingir como contributo para o alcance dos objetivos globais. Sendo que na área da saúde, a equipa “é centrada no paciente e orientada na tarefa” (Neto e Araujo, 2001 & Ducanis e Golin, 1979 citados por Queiroz e Araujo 2009, p. 178).

Campos et al. (2000) em referência a Silva e Fonseca (1996) afirmam que “a enfermagem em saúde mental compartilha o objeto da assistência com a equipa multidisciplinar, cujo projeto é coletivo e determinado pela articulação das diferentes práticas.” Por sua vez, Campiche, Hippolyte e Hipólito (1992) referem que “só um grupo pluridisciplinar pode intervir na comunidade”, sendo desta forma que “os profissionais estão preparados para uma abordagem totalizante e não reducionista e vivendo em diálogo permanente, caloroso e aberto, e na compreensão empática com a pessoa.”

O trabalho nas equipas comunitárias é desempenhado por todas as áreas profissionais do serviço de psiquiatria do CHON (enfermagem, psiquiatria e psicologia) no entanto, estas equipas têm a sua atividade fundamentalmente centrada no grupo de psicólogas, contrariamente ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde (2008), quando refere que as equipas de saúde mental comunitárias são compostas por equipas multidisciplinares, com forte participação de enfermeiros (e outros técnicos não médicos). Também a *Canadian Nurses Association* (2005) menciona que devido à aproximação holística do cuidar da Enfermagem, esta é a profissão que está na frente das mudanças nos serviços de saúde mental, sendo estes profissionais quem desempenha, de forma crescente, um papel importante na coordenação dos cuidados de saúde e na manutenção dos serviços, em especial na comunidade.

Com a iminência do fim do financiamento para este PISM a equipa multidisciplinar passou por períodos conturbados e de grande instabilidade, com risco real de perda das seis psicólogas (cujo contrato dependia exclusivamente do financiamento do projeto) e conseqüente término das equipas comunitárias.

Em relação às intervenções da equipa de enfermagem, estas visam contemplar as boas práticas definidas para o serviço, em conformidade com as orientações do manual de boas práticas canadianas para a prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, adotadas pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM, 2009). Esta equipa pretende, nomeadamente, fornecer cuidados profissionais competentes, através do desenvolvimento de uma relação terapêutica e rever as avaliações do cliente através do diagnóstico e da monitorização da atividade.

Uma das formas de intervenção privilegiada é a intervenção em grupo, decorrendo neste serviço diversos grupos terapêuticos. Outra característica particular é a existência da reunião do Núcleo de Intervenção na Área da Saúde Mental (NIASM) realizada com representantes de várias instituições dos concelhos de abrangência do CHON, e que tem como objetivo a convergência e otimização de recursos e saberes. Estas reuniões acontecem à primeira quinta-feira de cada mês e nela são discutidos projetos terapêuticos para diversos casos clínicos trazidos pelos próprios intervenientes na reunião (com conhecimento e autorização dos visados), permitindo uma proximidade efetiva do utente e dos profissionais na execução das medidas de prevenção, reabilitação e inserção. Os intervenientes são constituídos pelos representantes das várias

instituições dos concelhos de abrangência do CHON que constituem os parceiros formais e informais do serviço (ACES Oeste Norte, IEF, DGRS, ET Caldas da Rainha, câmara municipal, segurança social, CVP - delegação das Caldas da Rainha, escolas do concelho, ...). Ocorrem ainda as reuniões da Equipa de Rede Alargada de Saúde Mental do Oeste (ERASMO), à terceira quinta-feira de cada mês, com o objetivo de proporcionar momentos de supervisão clínica otimizando a resposta terapêutica e ajudando os profissionais de outras estruturas parceiras na gestão de cada situação clínica.

De acordo com o relatório de atividades de 2011 deste serviço, nesse ano foram realizadas no total 8663 consultas, das quais, 4543 consultas de psiquiatria e psicogeriatría e 1375 consultas de enfermagem (CHON, 2012). Do total de consultas, 81 foram realizadas a utentes internados no CHON, através da psiquiatria de ligação e 812 foram realizadas na modalidade de intervenção em grupo (CHON, 2012).

Devido à minha atividade profissional ocorrer num serviço parceiro do SPSM do CHON, é-me permitido continuar a frequentar as reuniões NIASM, possibilitando o desenvolvimento de competências adquiridas.

2.2. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HDS

O segundo ensino clínico realizou-se no período compreendido de 28 de Maio e 14 de Julho de 2012 no serviço de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (HDS), o qual é constituído por cinco serviços – o internamento, o hospital de dia, a urgência psiquiátrica, a pedopsiquiatria e a consulta externa, tendo sido o internamento o meu local de ensino privilegiado.

Estes serviços abrangem uma vasta área, correspondente aos seguintes concelhos do distrito de Santarém: Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém, abrangendo um total de 191 028 habitantes (DGS, 2004).

O serviço de internamento encontra-se localizado no primeiro piso do hospital, sendo o seu acesso restringido através do sistema de segurança em que o controlo da porta principal é acionado apenas pelos funcionários do serviço, pelo sistema bio digital.

Os utentes admitidos no serviço de internamento, podem ser entrar no serviço através da consulta externa ou pela urgência psiquiátrica. Neste serviço, os internamentos tem a particularidade de poderem ocorrer contra a vontade do próprio – internamento compulsivo, quando devidamente justificado e em congruência com a lei de saúde mental (DR, 1998b).

Quanto à capacidade do serviço, este é constituído por sete enfermarias, tendo capacidade para vinte utentes. E a equipa multidisciplinar é constituída por quinze enfermeiros, dez dos quais especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, uma terapeuta ocupacional, duas assistentes sociais, uma psicóloga, duas psiquiatras, e oito assistentes operacionais.

Os registos de enfermagem são realizados em sistema informático no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), o qual utiliza como referencial de linguagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), permitindo o planeamento e registo das atividades decorrentes da prestação de cuidados de enfermagem.

No piso 0 do hospital está localizado o hospital de dia, a consulta externa e o serviço de pedopsiquiatria. O ginásio, situado neste piso também é usado para atividades com os utentes internados, sendo utilizado maioritariamente pela terapeuta ocupacional. Por sua vez, a urgência psiquiátrica situa-se no mesmo espaço físico da urgência geral.

Existe ainda a psiquiatria de ligação na área de enfermagem, a qual articula com os diversos serviços do hospital consoante as necessidades. Essa articulação é informalmente estabelecida com o serviço de cardiologia e consulta da dor.

Foi possível ter acesso aos dados estatísticos deste serviço para o ano de 2010, sendo que ocorreram 487 internamento ao longo desse ano, dos quais 88 foram situações de reinternamento e a duração média de dias de internamento foi de 11,6 (HDS, 2010). Do total de internamentos, 61% correspondem a utentes do sexo feminino e 39% do sexo masculino e a média de idades foi de 47 anos (HDS, 2010). Os diagnósticos de

internamento foram múltiplos, sendo a prevalência de internamentos por perturbação bipolar com 28% a mais significativa, seguindo-se internamentos por depressão major com 20% e internamentos com o diagnóstico de esquizofrenia com 18% (HDS, 2010).

3. COM UNICAR'TE – COMUNICAR ATRAVÉS DA ARTE

O ComunicAr'te consiste num grupo terapêutico desenvolvido no CHON, surgindo a partir do projeto de investigação do curso de EESMP, procurando o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e para a participação em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências.

O objetivo desta intervenção é promover a saúde mental, o bem-estar e a expressão emocional da pessoa com perturbação psíquica, numa terapia de grupo, com recurso aos mediadores artísticos. O projeto transformou-se, cresceu e resultou numa intervenção inovadora realizada em parceria entre o SPSM e o museu do hospital e das Caldas, em que numa vertente transdisciplinar se juntaram cinco terapeutas com distintas áreas de formação, os quais participaram em todas as atividades propostas. Assim, foram envolvidos todos os participantes (utentes e terapeutas) na participação e programação das sessões de grupo.

O grupo de cinco terapeutas foi constituído por mim, por um enfermeiro especialista em saúde mental, por uma psicóloga e terapeuta familiar (ambos do SPSM), por uma técnica de conservação e restauro e por uma antropóloga (ambas do museu do hospital e das Caldas).

Uma das situações mais relevantes relacionada com a tomada de decisão, ao longo dos ensinamentos clínicos, foi inerente ao projeto de investigação e a reflexão sobre o início de um grupo terapêutico, em que na intervenção seriam utilizados mediadores artísticos, como recurso. Durante as reuniões de equipa, várias vezes foi discutido o assunto, delineando o projeto terapêutico no sentido de respeitar as questões éticas, ao adequar os objetivos às necessidades de cada utente selecionado e ao organizarmos o nosso pensamento tendo presente quais as nossas competências e limitações neste nível de intervenção (com a utilização dos mediadores artísticos). Este processo de tomada de decisão foi realizado em conjunto não só com os enfermeiros do serviço, mas também com a equipa multidisciplinar.

Queiroz e Araujo (2009) num estudo realizado com o intuito de avaliar a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipa constataram que o apoio interprofissional foi considerado um fator facilitador do processo de tomada de (boa) decisão, tendo sido também considerados fatores facilitadores a composição do grupo, os padrões de comunicação e a interação entre profissionais.

3.1 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Tal como afirma Fortin (1999, p. 113) “qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas.” Assim, atendendo aos princípios éticos e deontológicos relacionados com a investigação foram pedidas as autorizações necessárias, nomeadamente ao conselho de administração do CHON para a realização do estudo de investigação, aos autores das escalas selecionadas para as aplicar e utilizar, e, por último, o consentimento informado aos utentes que constituíram a amostra. Os referidos documentos e autorizações encontram-se no anexo I.

Os utentes foram também informados, antes do início da sua participação, do que trata a investigação e de qual a sua participação, tendo-lhes sido solicitado consentimento verbal e escrito por parte dos utentes que aceitaram participar. Foram tidos em conta princípios de liberdade de desistência e participação, oportunidade de colocar questões, minimização do esforço do participante, confidencialidade, anonimato, e possibilitado o acesso aos dados e resultados. Deste modo, cumprem-se os princípios éticos a considerar na investigação, conforme mencionados por Carmo e Ferreira (1998).

3.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Quanto aos fundamentos que apoiam esta intervenção, podemos recorrer às justificativas do uso da arte enquanto terapia, da importância da saúde mental, do bem-estar e das emoções na vida dos indivíduos, assim como, o conhecimento sobre o impacto das perturbações mentais. Entendeu-se ainda importante fazer uma breve referência aos benefícios da intervenção de grupo e identificar o enquadramento desta

intervenção nas competências do enfermeiro especialista em saúde mental, relativamente à competência F4.

3.2.1 A arte enquanto terapia

Na década de 20, Carl Jung, começou a utilizar a arte como forma de tratamento através da utilização de desenhos, representações de imagens de sonhos e de situações de conflitos, considerando este autor que essas representações simbolizavam o inconsciente individual ou o inconsciente coletivo, criando o conceito de arquétipos - formas instintivas de imaginar e de representar imagens (Barbosa e Werba, 2010).

A arte pode ser entendida, quanto à finalidade, como uma forma de interpretar o mundo, de provocar emoção, reflexão, explicar e refletir as histórias humanas, de representar crenças e homenagear ideias e pessoas (Barbosa, Santos e Leitão, 2007 citando Oliveira e Garcez, 2001). É também reconhecida na cultura humana como uma forma de socialização e de expressão e, além destas funções, a arte pode exercer uma função terapêutica (Barbosa et al., 2010).

De acordo com Ferraz (2009, p. 59) “a arte tem vindo a ser utilizada como veículo para expressar os sentimentos, pensamentos e ideias, tendo-se descoberto nas últimas décadas as potencialidades da sua utilização com o objetivo de melhorar a saúde mental do ser humano.”

Sachs, Cañizares, Aranha e Lucia (2009) citando Monteiro (2009), referem que esta ferramenta terapêutica, através da expressão artística, proporciona um espaço para a manifestação de sentimentos, uma abertura para a vida e todas as suas possibilidades, podendo ser útil não só com os doentes, mas também com os cuidadores. Os mesmos autores (2009, p. 3) citando Carvalho (1995) explicam que o uso da arte “aliada ao trabalho de compreensão intelectual e emocional facilita o processo evolutivo da personalidade com um todo, já que ao dar livre curso às expressões das imagens internas, o ser humano transforma a si mesmo.”

Pratt (2004) em alusão ao estudo realizado por Sawyer em 1987, descreve que o uso da arte junto de doentes depressivos demonstrou-se eficaz apresentando, após a

intervenção, scores mais elevados em 11 dos 15 itens da escala Family Drawing Depression Scale.

Esta forma de terapia engloba qualquer tratamento psicoterapêutico que utilize como mediação a expressão artística (dança, teatro, música, ...) ou as representações plásticas (pintura, desenho, gravura, modelagem, máscaras, marionetes...) (Barbosa et al., 2007), sendo os objetivos imediatos a todas as técnicas de psicoterapias ativas, na qual se incluem as terapias pela arte, a expressão (catarse), a criatividade, a ab-reação e a transferência (Sousa, 2005).

Embora o ComunicAr'te se fundamente, em parte, pelos benefícios da arteterapia, será importante salientar que fazê-lo não é o que se pretende nesta intervenção, mas sim a utilização de diversos mediadores artísticos enquanto facilitadores da comunicação e das relações interpessoais, sem a pretensão de lhe chamar arteterapia.

3.2.2 A saúde mental, o bem-estar e as emoções enquanto condições essenciais do indivíduo

Definindo os conceitos-chave do projeto, segundo a OMS (2002, p. 31-32), “os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa”, sendo “algo mais do que a ausência de perturbações mentais.” Por sua vez, Townsend (2011, p. 909) considerou este conceito como uma “adaptação bem-sucedida aos stressores provenientes do ambiente interno ou externo, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos que são adequados à idade e congruentes com as normas locais e culturais.”

De acordo com a American Psychiatric Association, saúde mental é um estado relativo e não absoluto caracterizado pelo sucesso no desempenho das funções mentais demonstrado por atividades produtivas, relações satisfatórias com outras pessoas e a capacidade de adaptação à mudança e de lidar com a adversidade (Townsend, 2011, p. 15). E, tal como é feita referência no Livro Verde (2005, p. 4) “sem Saúde Mental não

há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade.”

Relativamente aos fatores psicossociais da saúde mental estes englobam a estimulação do desenvolvimento harmonioso, cognitivo e afetivo, através da interação pessoal a nível do grupo familiar, do grupo dos seus pares (...). Particularmente, são três as áreas em que se manifestam estes fatores: a área dos afetos (das necessidades de satisfação e trocas afetivas), a área da vontade (a necessidade de limitação e controlo que permita o equilíbrio entre o prazer e o desprazer, entre a satisfação e a frustração) e, por último, o domínio de participação em atividades conjuntas ao nível da comunidade (Cordeiro, 2009).

Como resultado de uma promoção de saúde mental eficaz deverá alcançar-se também a promoção do bem-estar, menor sofrimento humano, menor incidência e prevalência dos distúrbios mentais e de comportamento, melhor qualidade de vida, melhoria do funcionamento social, uma integração social reforçada, ... (Lehtinen, 2008).

O mesmo autor em alusão à *British Health Education Authority*, refere que os objetivos da promoção da saúde mental enquadram-se em três vertentes, que são: as questões relacionadas à capacidade individual de lidar com o seu mundo interior (resiliência emocional); as questões relacionadas com a capacidade de lidar com o seu mundo social (cidadania); e as questões relacionadas com as comunidades saudáveis, que ligam o social e o emocional.

Por sua vez, o bem-estar pode ser caracterizado como uma “imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência” (CIPE, 2011, p. 41). De acordo com Diener (1984) citado por Gomes e Ribeiro (2001) o bem-estar é subjetivo variando com a experiência individual, pressupõe medidas positivas e não apenas a ausência de fatores negativos e inclui a avaliação global de todos os aspetos da vivência pessoal. Os mesmos autores citando Diener e Fujita (1997) consideram que as pessoas com elevado bem-estar subjetivo apresentam uma tendência global para vivenciar os eventos de uma forma positiva. Pelo contrário, “as emoções de tonalidade negativa, própria das pessoas inseguras, externas, ambivalentes, pouco eficazes e depressivas, favorecem o

desenvolvimento de crenças negativas sobre o *self* e o mundo, estabelecendo-se espirais desadaptadas” (Gomes et al., 2001, p. 37).

Por último, o conceito de expressão emocional pode ser definido como “os comportamentos observáveis verbais e não-verbais que comunicam e/ou simbolizam experiência emocional” podendo ocorrer com ou sem consciência do próprio, sendo controlável em certa medida e podendo também envolver graus variados de intenção deliberada (Almeida, 2006, p. 31 citando Kennedy-Moore e Watson, 1999). A mesma autora aponta quatro funções centrais da expressão emocional: a promoção da regulação da ativação, a auto compreensão, o desenvolvimento de competências de coping e o melhoramento das relações interpessoais.

Martins e Melo (2008) citando Izard et al. (1998) realçam a importância das emoções no desenvolvimento de personalidades saudáveis e competências sociais, sendo que as emoções modificam funções intelectuais - a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração e a consciência crítica. Fisiologicamente as emoções organizam rapidamente respostas de diferentes sistemas biológicos, tais como a expressão facial, o tónus muscular, a voz e a atividade do sistema nervoso vegetativo e endócrino, otimizando o meio interno para uma resposta eficaz (Martins et al., 2008 citando Vaz Serra, 1999). Desempenham também um papel importante na motivação humana, influenciando a personalidade, as relações sociais, o desempenho profissional, a vida sexual, a ascensão numa carreira ou a própria maneira de viver dos indivíduos (Martins et al., 2008 citando Vaz Serra, 1999).

Martins et al. (2008) indicam também que os estudos têm demonstrado a importância das emoções nos processos de decisão e no desempenho profissional dos indivíduos e grupos e sugerem a influência (positiva) das emoções no desenvolvimento harmonioso do indivíduo e na saúde humana.

Os profissionais da área de psicologia, psiquiatria e psicoterapia habitualmente consideram que a saúde mental dos indivíduos está relacionada com a forma como eles expressam as suas emoções (Akin, Satici e Kayış, 2012 citando Sloan e Marx, 2004). De acordo com Butler et al. (2003) citado por Esteves (2010, p. 24), existem “importantes conexões entre a supressão da expressão emocional, as relações sociais e a saúde” em que o uso habitual desta técnica (de supressão emocional) “está associada a

um padrão geral pouco saudável, à falta de suporte social e a sintomas depressivos” (Gross e Thompson, 2007 citado por Esteves, p. 24).

Considerando que a expressividade emocional tem um papel importante na manutenção do bem-estar psicológico e físico, se justifica a importância de promover a expressão de sentimentos dos pacientes (Leising, Müller, e Hahn, 2007; Whelton, 2004 citados por Akin et al., 2012).

3.2.3 O impacto das perturbações mentais

As perturbações mentais e comportamentais podem ser entendidas como situações clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (OMS, 2002). Estas perturbações exercem um considerável impacto não só sobre os indivíduos, mas também sobre as famílias e as comunidades, por via dos custos da prestação de cuidados, da perda de produtividade, dos problemas legais associados, da diminuição da qualidade de vida, entre outros fatores (OMS, 2002).

3.2.4 A intervenção em grupo

Na intervenção em grupo é possível trabalhar e estimular três dimensões do funcionamento psicológico humano: a dimensão emotiva-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial (Manes, 2005).

O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, a partilha de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo (Benevides, Pinto, Cavalcante & Jorge, 2010), sendo que através desta terapia se proporciona uma oportunidade de aprender, tolerar e aceitar as diferenças nos outros, sendo os comportamentos sociais apropriados (frequentemente) aprendidos pelo *feedback* positivo e negativo dos outros (Townsend, 2011).

Todos os grupos, independentemente dos seus objetivos específicos, têm pressupostos comuns, tais como, aumentar a autoconsciência individual através das interações com os

restantes elementos do grupo e proporcionar melhores habilidades interpessoais e sociais (Sadock e Sadock, 2007).

O terapeuta atua como “regente da sessão: sua sabedoria e habilidade são essenciais para estabelecer e manter a cultura do grupo (normas e valores), mobilizar as dinâmicas (coesão, regras e compromisso de mudança) e as forças intrínsecas do grupo (fatores terapêuticos) (...).” (Bechelli e Santos, 2002, p. 388).

De acordo com Pratt et al. (2005) citado por Freitas (2010, p. 22) este tipo de intervenção permite, devido à partilha de experiências, a desmitificação da doença e a diminuição do estigma associado e incita os indivíduos e familiares a procurar ajuda junto dos técnicos sempre que necessário, promovendo consequentemente a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

3.2.5 Enquadramento da intervenção no âmbito da competência F4 do EESM

As intervenções realizadas no grupo ComunicAr'te enquadram-se nas diversas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

Para Campbell (2009, p. 621) a psicoterapia constitui qualquer forma de tratamento

“para doenças mentais, adaptações comportamentais inadequadas e/ou outros problemas que são supostamente de natureza emocional, no qual uma pessoa treinada estabelece de forma deliberada uma relação profissional com um paciente, tendo como objetivo remover, modificar ou retardar sintomas existentes, atenuar ou reverter padrões perturbados de comportamento e promover crescimento e desenvolvimento positivo da personalidade.”

Nesta intervenção “existe uma intencionalidade deliberada e consciente do psicoterapeuta na construção de um projeto psicoterapêutico, alicerçada em saberes específicos e em regras de conduta técnica e deontológica” (Ferraz, 2009, p. 83).

A vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos permite a melhor compreensão dos problemas, possibilitando que o paciente desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou emergentes ao longo da vida (OE, 2011a). Tem também como objetivos “a modificação de sintomas existentes, de sentimentos, bem como a modificação ou alteração do comportamento do sujeito, além de corrigir padrões disfuncionais de relações interpessoais, bem como promover o crescimento e o desenvolvimento da personalidade” (Ferraz, 2009, p. 83).

Esta intervenção enquadra-se, portanto, no âmbito da psicoterapia de grupo, a qual, tal como afirmam Bechelli et al. (2002), favorece o trabalho do paciente como agente de sua própria mudança, sendo que a interação é particularmente realizada entre os participante.

Enquadra-se também no âmbito da socioterapia a qual é definida pela OE (2011a) como um processo baseado na relação interpessoal desenvolvida entre profissionais (com competências reconhecidas) e o paciente que é sempre o grupo, em que o foco da intervenção se centra nas interações entre os diferentes elementos do grupo, permitindo uma melhor compreensão dos problemas de interação vividos, possibilitando ao paciente desenvolver novas respostas para problemas de vida identificados ou emergentes ao longo do ciclo vital.

Segundo Ramos (2008), a intervenção socioterapêutica desenvolve-se em três etapas visando o estabelecimento de relações de confiança mútua, a escuta qualificada e o *empowerment* que liberta as aptidões e talentos individuais para a construção de soluções para os problemas, em condições socialmente aceitáveis.

Diversas sessões têm também objetivos que se enquadram no âmbito psicossocial. Em 1974, Minzoni já utilizava o termo terapia psicossocial e classificava-o como as atividades terapêuticas que envolvem o atendimento do utente, individualmente ou em grupo, e atividades de trabalho e recreação, subdividindo estas atividades, consoante a sua estrutura, em atividades motoras (ginástica, voleibol, trabalho em couro e madeira, ...), sociais (festas e datas civis, cinema, teatro, ...) e auto expressivas (atividades espontâneas e não orientadas - cerâmica, pintura e dança, ...) (Valladares, Lappann-Botti, Mello, Kantorski & Scatena, 2003).

Para Oliveira (2000) citado por Tavares (2005) na intervenção psicossocial é indispensável a interdisciplinaridade, com enfoque na pessoa, no sofrimento, na sua vida e fragilidade, construindo vínculos, criando uma prática criativa e solidária percorrendo um conhecimento complexo, multidimensional, que privilegie o intercâmbio entre vida e ideias.

Embora os objetivos primários deste grupo terapêutico e do planeamento das sessões elaborado não tenha sido enquadrado no âmbito psicoeducativo, por vezes tronou-se necessário utilizar este tipo de intervenção para dar resposta a questões emergentes no grupo, clarificando conceitos e factos sobre as doenças mentais. Definindo este conceito, a psicoeducação é uma forma específica de educação direcionada para pessoas com doença mental ou para qualquer pessoa interessada na doença mental facultando a compreensão dos factos sobre as doenças mentais e contribuindo para o desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença mental e seus efeitos (OE, 2011a).

Assim, após clarificação dos conceitos e benefícios da utilização das terapias através da arte, se justifica a importância e pertinência das intervenções e estratégias promotoras de saúde mental, do bem-estar e da expressão emocional neste projeto, junto da pessoa com perturbação psíquica. Podendo este tipo de intervenção constituir um instrumento terapêutico a utilizar pelo enfermeiro especialista de saúde mental no exercício das suas competências, individual ou conjuntamente com um leque diversificado de técnicos de outras áreas disciplinares.

3.3 METODOLOGIA

Quanto à metodologia, o estudo realizado é quase experimental do tipo pré-teste e pós-teste sem grupo de controlo, tendo sido aplicado o inquérito por questionário como método de recolha de dados, no início da intervenção de grupo, na fase intermédia da intervenção e após o *términus* das sessões de grupo.

A intervenção foi constituída por um total de 21 sessões, realizadas semanalmente na antiga lavandaria do Hospital Termal de Caldas da Rainha (local que carrega em si um passado histórico ligado à saúde e saúde mental), ao longo de aproximadamente 6 meses, com a duração de 90 minutos cada.

A questão que se colocou no desenvolver da investigação foi a seguinte: «a terapia de grupo com utilização dos mediadores artísticos é eficaz na melhoria do nível de saúde mental, do bem-estar e da expressão emocional na pessoa com perturbação psíquica?» Sendo formulada hipótese de que «os níveis de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional da pessoa com perturbação psíquica variam positivamente em função da intervenção de grupo com utilização dos mediadores artísticos.»

A população do estudo foi constituída pelos utentes em acompanhamento no SPSM do CHON – Caldas da Rainha. A amostra foi selecionada no serviço de forma não probabilística por conveniência e os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Estar em seguimento no SPSM do CHON;
- Ter perturbação psíquica;
- Manifestar dificuldade na expressão emocional, e diminuição dos níveis de saúde mental e bem-estar;
- Ter idade superior a 18 anos e ser competente para assinar consentimento informado;
- Ter capacidade de compreensão dos conteúdos do questionário;
- Ter capacidade física e mental para o desempenho das terapias planeadas;
- Inexistência de qualquer contra-indicação à realização das terapias planeadas.

3.4 INSTRUMENTOS

Tal como referido anteriormente, elegeu-se para a recolha de dados o inquérito por questionário, sendo este instrumento dividido em duas partes - a primeira destina-se à recolha de dados clínicos e sociodemográficos e a segunda é constituída por três escalas do tipo *likert* – a Escala de Expressão Emocional (Vaz & Vasco, 2010), a Escala Medida de Manifestação de Bem-estar (Monteiro, Tavares e Pereira, 2006) e o Inventário de Saúde Mental (Ribeiro, 2001). Apresenta-se este documento no anexo I.

O Inventário de Saúde Mental, originalmente em inglês designado de Mental Health Inventory (MHI) é constituído por 38 itens divididos em cinco subescalas – da Ansiedade (dez itens), da Depressão (cinco itens), da Perda de Controlo Emocional/Comportamental (nove itens), de Afeto Positivo (onze itens) e por último, de Laços Emocionais (três itens), as quais se encontram divididas em duas dimensões – uma negativa e uma positiva. A dimensão negativa pretende avaliar o *distress* psicológico e, a esta correspondem as subescalas da ansiedade, depressão e perda de controlo emocional. À dimensão positiva correspondem as escalas do afeto positivo e laços emocionais, que pretendem avaliar o bem-estar psicológico. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições (sendo a questão nº 28 a única que tem cinco posições) e a nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala, transformados numa nota de 0 a 100. Sendo que valores mais elevados correspondem a melhor nível de saúde mental (Ribeiro, 2001). Esta escala foi validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro em 2001, apresentando a mesma fidelidade avaliada através da consistência interna de cada uma das dimensões e da escala total, com um alfa de *Cronbach* na ordem dos 0,800 (Ribeiro, 2001).

A Escala Medida de Manifestação de Bem-estar (EMMB) é constituída por 25 itens, sendo as respostas cotadas de 1 a 5 pontos (1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Frequentemente; 5 – Quase sempre), sendo que quanto mais alta a pontuação melhor será o nível de manifestação de bem-estar. Encontra-se dividida em 6 subescalas: sentimento de felicidade, sociabilidade, sensação de controlo de si e dos acontecimentos, envolvimento social, autoestima e sensação de equilíbrio, e foi validada para a população portuguesa por Monteiro, Tavares e Pereira, em 2006 (Ribeiro, 2007). O coeficiente de alfa de *Cronbach* obtido, para o valor global da escala, foi de 0,925, apresentando boa consistência interna.

Por sua vez, a Escala de Expressão Emocional (EEE) foi adaptada para a população portuguesa por Machado Vaz e Branco Vasco, em 2010. Esta escala é constituída por 17 itens com respostas cotadas de 1 a 6 pontos (1 – Nunca verdadeiro; 2 – Raramente verdadeiro; 3 – De vez em quando verdadeiro; 4 – Frequentemente verdadeiro; 5 – Quase sempre verdadeiro; 6 – Sempre verdadeiro). O resultado final da escala é composto pela soma de todos os itens, sendo que valores mais elevados indicam maior expressividade emocional, independentemente da valência da emoção – positiva ou

negativa, ou do canal pela qual são expressadas – facial, verbal ou gestual (Dinis, Gouveia e Xavier, 2011). Foi determinada a validade da escala tendo apresentado elevada consistência interna com um alfa de *Cronbach* de 0,870 (Vaz et al., *in press*).

3.5 PROCEDIMENTOS

Os terapeutas participam nas atividades propostas, fazendo parte integrante do grupo, e todas as atividades/sessões foram programadas semanalmente após cada sessão consoante as necessidades avaliadas e procurando envolver sempre o grupo na tomada de decisão e planeamento das mesmas.

Tal como previsto no Plano Nacional de Saúde Mental “as pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam” (Ministério da Saúde, 2008, p. 14).

Bechelli et al. (2002, p. 387) afirmam que são os próprios participantes (da psicoterapia de grupo) que “desenvolvem a terapia e rompem o modelo médico, no qual o terapeuta é o *expert*, aquele que está em condições de definir o correto e o errado, e de estabelecer e aplicar o procedimento ou a intervenção.” Os mesmos autores acrescentam ainda que em condições favoráveis, os participantes passam paulatinamente a assumir papel ativo no decorrer do processo, sendo estes responsáveis pelos temas que escolhem, priorizando os assuntos a serem discutidos.

Evitou-se, deste modo, uma postura paternalista em que o terapeuta impõe algo estanque e incontestável, procurando construir as sessões com o grupo, tendo em consideração o objetivo primordial - a expressão emocional com vista ao bem-estar e à promoção da saúde mental. O paternalismo, que se entende como atitude de uma pessoa que manifesta uma autoridade, é também, como refere Phaneuf (2005) uma forma de não reconhecer o valor do outro e de não acreditar nas suas potencialidades, sendo mais frequentemente manifestada junto das pessoas idosas e das que sofrem de problemas de saúde mental.

Procurou-se portanto integrar e capacitar cada utente, envolvendo-o na decisão do processo de cuidados, fazendo o que se designa por capacitação ou *empowerment*, o

qual pode ser entendido como “uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte”, assim como “em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde e de militância social” (Almeida, Dimenstein & Severo, 2010, p. 588 citando Vasconcelos, 2008).

Na tabela nº 2 estão identificadas as atividades realizadas ao longo das diversas sessões, assim como as técnicas utilizadas em cada sessão.

Tabela 2 – Sessões do grupo ComunicAr'te		
Sessão:	Atividade:	Técnica expressiva utilizada:
0	Introdução ao grupo	
1	Quem eu sou?	Apresentação pessoal através de objetos de arte
2	Pintar como me sinto	Pintura/desenho
3	Representar emoções	Mímica/dramatização
4	Modelagem livre	Modelagem (plasticina e pasta)
5	A capa do jornal	Recortes e colagens
6	Desejos e aspirações futuras (1ª)	Escrita livre
7	Desejos e aspirações futuras (2ª)	Leitura
8	Desejos e aspirações futuras (3ª)	Leitura
9	Comunicação livre	
10	O presente de Natal (1ª)	Opcional: desenho/modelagem/recortes e colagens
11	O presente de Natal (2ª)	Opcional: desenho/modelagem/recortes e colagens
12	Retorno ao passado (1ª)	Visita guiada ao museu do Hospital e das Caldas
13	Comunicação livre	
14	Retorno ao passado (2ª)	Visita guiada ao Hospital Termal
15	Restauração (1º)	Limpeza e restauração de telas
16	Restauração (2º)	Limpeza e restauração de telas
17	Comunicação livre	
18	Comunicação livre	
19	Frases feitas	Frases e provérbios
20	Comunicação livre	
21	Finalização do grupo	Dança

As diversas técnicas expressivas foram utilizadas no âmbito das competências descritas em 3.2.5 com o intuito de alcançar os objetivos primordiais desta intervenção terapêutica.

De acordo com Ferraz (2009, p. 30), quando a intervenção do psicoterapeuta é centrada na utilização de mediadores expressivos designa-se por psicoterapia expressiva, em que este profissional “utiliza a expressão não-verbal, de forma a otimizar o processo psicoterapêutico, auxiliando em diversas questões emocionais e psicopatológicas de seus clientes.”

E, tal como defende Manes (2005) jogos que utilizem as técnicas psicocorpóreas facilitam a tomada de consciência e a percepção da unidade mente-corpo, e além disso são úteis com participantes com dificuldades na expressão verbal, ou que a utilizam de forma defensiva. A mesma autora (p. 6) refere que “em situação de grupo, para utilizar a experimentação ativa e para estimular a emotividade, é possível recorrer, por exemplo, à dramatização e ao movimento, técnicas que facilitam a criação de um clima afetivo-emotivo.”

Em algumas das intervenções foi utilizada música ambiente. Ferraz (2009, p. 127) afirma que a música “está vinculada à emoção, a uma relação entre o corpo e o sentimento (...) a música é ouvida de várias maneiras. Ouve-se, por exemplo, música quando se pretende expressar movimentos corporais, externalizar sentimentos, ou ainda pode-se ouvi-la de forma técnica (...).”

No anexo II constam também o desenho do estudo e os planeamentos das sessões do grupo terapêutico ComunicAr'te.

As sessões organizadas num programa estruturado, é deveras importante pois, tal como afirma Rangé (2011), permitem a sua replicação noutros contextos, contribuindo assim para testar a sua eficácia.

3.6. RESULTADOS

Relativamente aos resultados da investigação dos 18 utentes que iniciaram a intervenção terapêutica no grupo ComunicAr'te, ocorreram 6 *dropouts* no primeiro trimestre e 9 *dropouts* no total, terminando o grupo com 9 utentes. À data da aplicação do 2º

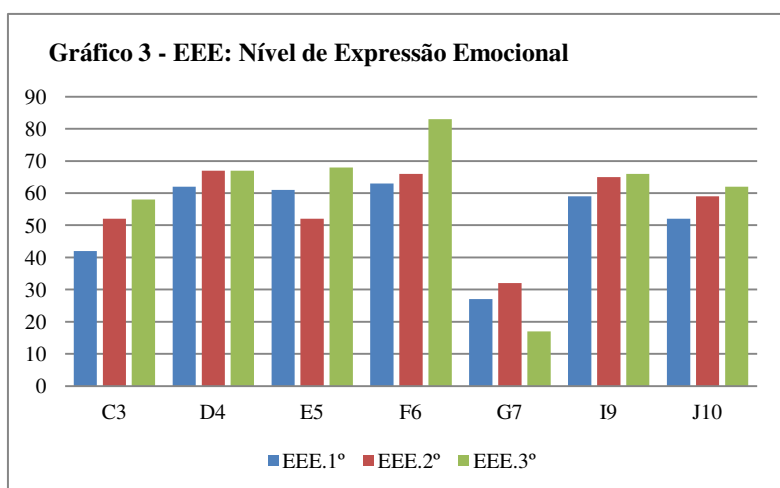
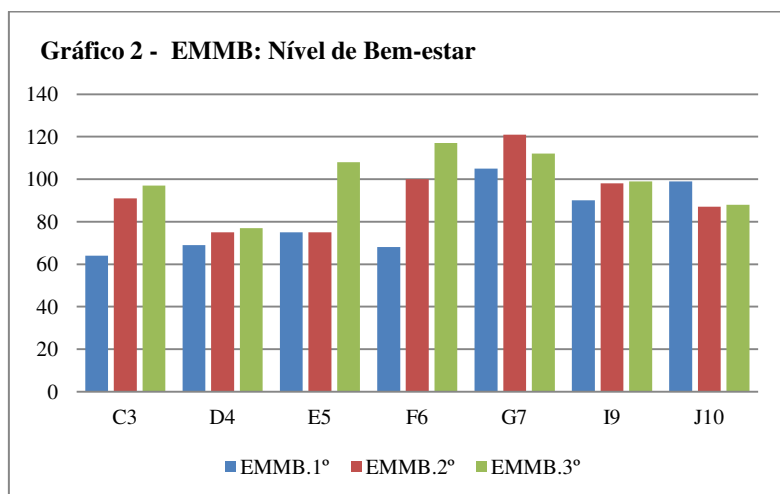
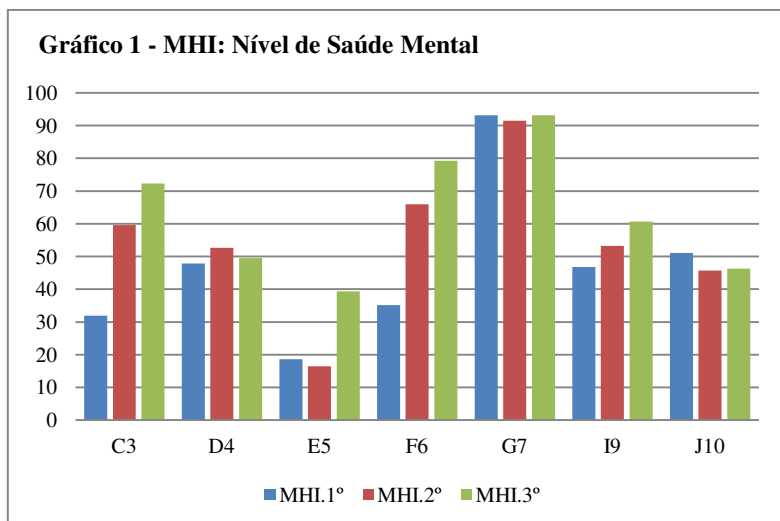
questionário, só foi possível colher a totalidade dos dados a 10 utentes e no momento final apenas foram colhidos 7 questionários, sendo esta a amostra.

A amostra do estudo é maioritariamente feminina e relativamente à idade a média é de 47 anos. A maioria vive em meio rural no concelho de Caldas da Rainha, é casada, tem como habilitações literárias o ensino secundário e está atualmente empregada.

Relativamente ao teste de normalidade da amostra, somente através da análise do teste de Shapiro-Wilk evidenciava aparentemente ter uma distribuição normal. No entanto, analisando as caixas de bigodes e considerando as configurações destas e a análise do caule e folhas optou-se por, em segurança, considerar a distribuição não normal da amostra. As configurações do caule e folhas e das caixas de bigodes são apresentadas no anexo II.

Na análise comparativa de duas amostras emparelhadas de uma variável quantitativa não normal utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon. Nesta análise, relativamente à comparação entre o 1º e 3º momento do nível de saúde mental, nível de expressão emocional e medida de bem-estar o resultado foi $p > 0,05$ não havendo diferença estatisticamente significativa pré e pós-teste.

No entanto, na análise da média das ordens pode-se observar que na maioria dos casos houve melhoria dos três níveis avaliados. Nos gráficos nº 1, 2 e 3 encontra-se representado a evolução dos níveis de saúde mental, bem-estar e expressão emocional medidos através das escalas MHI, EMMB e EEE de cada elemento da amostra. Os dados apresentados correspondem à informação colhida na fase inicial, intermédia e final das sessões terapêuticas.



Serão apresentadas nas tabelas nº 3, 4 e 5, as tendências evolutivas para as variáveis estudadas - níveis de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional, assim como nas diversas subescalas, entre o momento inicial e final da aplicação do questionário. As

diferenças positivas são identificadas com (+), as diferenças negativas com (-) e os casos que mantiveram iguais valores identificam-se com (=).

Tabela 3 - Tendência evolutiva dos níveis de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional (comparação entre o 1º e 3º momento)			
Elemento da amostra	MHI	EMMB	EEE
	p = 0,750	p = 0,090	p = 0,499
C3	+	+	+
D4	+	+	+
E5	+	+	+
F6	+	+	+
G7	=	+	-
I9	+	+	+
J10	-	-	+
Total:	5 (+) 1 (-) 1 (=)	6 (+) 1 (-)	6 (+) 1 (-)

Tabela 4 - Tendência evolutiva dos níveis avaliados pelas subescalas do MHI (comparação entre o 1º e 3º momento)							
Elemento da amostra	MHI - Subescalas:						
	A	D	Pce/C	DP (= A+D+ Pce/C)	AP	LE	BEP (= AP+LE)
	p=0,046	p=0,108	p=0,075	p=0,075	p=0,233	p=0,016	p=0,114
C3	+	+	+	+	+	+	+
D4	+	+	=	+	-	+	-
E5	+	+	+	+	+	+	+
F6	+	+	+	+	+	+	+
G7	=	-	+	=	-	+	=
I9	+	+	+	+	+	+	+
J10	-	-	-	-	-	+	-
Total:	5 (+) 1 (-) 1 (=)	5 (+) 2 (-)	5 (+) 1 (-) 1 (=)	5 (+) 1 (-) 1 (=)	4 (+) 3 (-)	7 (+)	4 (+) 2 (-) 1 (=)
Legenda:	A - Ansiedade; D - Depressão; Pce/C - Perda de controlo emocional/Comportamental; AP - Afeto Positivo; LE - Laços Emocionais; DP - Distress Psicológico; BEP - Bem-estar psicológico.						

Tabela 5 - Tendência evolutiva dos níveis avaliados pelas subescalas da EMMB (comparação entre o 1º e 3º momento)

Elemento da amostra	EMMB - Subescalas:					
	SF	S	ScsA	ES	AU	SE
	p=0,75	p=0,058	p=0,340	p=0,043	p=0,309	p=0,068
C3	+	+	+	+	+	+
D4	+	+	=	+	+	+
E5	+	+	+	+	-	+
F6	+	+	+	=	+	+
G7	+	=	-	+	+	=
I9	+	+	+	+	-	=
J10	-	-	-	-	-	=
Total:	6 (+) 1 (-)	5 (+) 1 (-) 1 (=)	4 (+) 2 (-) 1 (=)	5 (+) 1 (-) 1 (=)	4 (+) 3 (-)	4 (+) 0 (-) 3 (=)
Legenda:	SF - Sentimento de Felicidade; S – Sociabilidade; ScsA - Sensação de controlo de si e dos Acontecimentos; ES - Envolvimento Social; AU – autoestima; SE - Sensação de Equilíbrio.					

Na análise comparativa de cada subescala, pré e pós teste (do 1º para o 3º momento), houve diferença (positiva) estatisticamente significativa na subescala da ansiedade (com $p = 0,046$) e na subescala laços emocionais (com $p = 0,016$) do MHI. Houve também diferença (positiva) estatisticamente significativa na subescala envolvimento social (com $p = 0,043$) da EMMB.

Foi utilizado o teste de correlação de Spearman para avaliar a correlação entre as três escalas utilizadas e verificou-se que a EEE nunca tem relação com o MHI e a EMMB. O mesmo se passa quanto aos níveis de saúde mental nos três momentos, não havendo relação entre si, sendo que os níveis de saúde mental do 2º momento são iguais aos do 3º momento. No 2º momento existe relação entre os níveis de saúde mental e de bem-estar, contudo esta relação já não se verifica no 3º momento.

De forma a compreender melhor a evolução do grupo terapêutico em cada escala e subescalas apresentam-se seguidamente quatro tabelas onde são evidenciados as tendências evolutivas das dimensões estudadas, avaliadas através da comparação dos valores da média, mediana, moda e desvio padrão nos três momentos do estudo.

Tabela 6 - Tendência evolutiva dos níveis de saúde mental, bem-estar e expressão emocional avaliada pela média e mediana das escalas MHI, EMMB e EEE, do 1º, 2º e 3º momentos.

Escalas:	MHI 1ºmomento	MHI 2ºmomento	MHI 3ºmomento	EMMB 1ºmomento	EMMB 2ºmomento	EMMB 3ºmomento	EEE 1ºmomento	EEE 2ºmomento	EEE 3ºmomento
Média	46,35	55,02	62,92	81,43	92,43	99,71	52,29	56,14	60,14
Mediana	46,81	53,19	60,64	75,00	91,00	99,00	59,00	59,00	66,00
Moda	18,62a	16,49a	39,36a	64,00 ^a	75,00	77,00 ^a	27,00 ^a	52,00	17,00 ^a
Desvio Padrão	23,50	22,55	19,51	16,42	16,04	14,02	13,39	12,38	20,55
Tendência evolutiva da média:	-----	↑	↑	-----	↑	↑	-----	↑	↑
Legenda:	a. Existem modas múltiplas. É apresentado o menor valor.								

Tabela 7 - Tendência evolutiva das subescalas do MHI, avaliadas pela média e mediana no 1, 2º e 3º momentos.

Subescalas do MHI:	A 1ºmom.	A 2ºmom.	A 3ºmom.	D 1ºmom.	D 2ºmom.	D 3ºmom.	Pce/C 1ºmom.	Pce/C 2ºmom.	Pce/C 3ºmom.	AP 1ºmom.	AP 2ºmom.	AP 3ºmom.	LE 1ºmom.	LE 2ºmom.	LE 3ºmom.
Média	32,71	37,00	42,43	16,86	20,71	22,00	31,14	36,14	39,57	35,29	38,29	40,71	9,14	9,29	11,57
Mediana	32,00	37,00	40,00	18,00	21,00	21,00	27,00	38,00	37,00	34,00	37,00	38,00	8,00	9,00	12,00
Moda	32,00	19,00 ^a	27,00 ^a	19,00	11,00 ^a	17,00 ^a	25,00	16,00 ^a	27,00 ^a	27,00 ^a	20,00 ^a	47,00 ^a	4,00 ^a	9,00 ^a	6,00 ^a
Desvio Padrão	13,05	13,39	12,26	6,77	5,38	4,12	11,65	11,25	8,72	10,83	11,31	9,95	4,30	3,30	3,60
Tendência evolutiva da média:	-----	↑	↑	-----	↑	↑	-----	↑	↑	-----	↑	↑	-----	↑	↑
Legenda:	A - Ansiedade; D - Depressão; Pce/C - Perda de controlo emocional/Comportamental; AP - Afeto Positivo; LE - Laços Emocionais. a. Existem modas múltiplas. É apresentado o menor valor.														

Tabela 8 - Tendência evolutiva das subescalas do distress psicológico e bem-estar psicológico do MHI, avaliadas pela média e mediana no 1, 2º e 3º momentos.						
Subescalas do MHI:	DP 1ºmom. (A+D+Pce/C)	DP 2ºmom. (A+D+Pce/C)	DP 3ºmom. (A+D+Pce/C)	BEP 1ºmom. (AP+LE)	BEP 2ºmom. (AP+LE)	BEP 3ºmom. (AP+LE)
Média	80,71	93,86	104,00	44,43	47,57	52,29
Mediana	77,00	96,00	98,00	41,00	49,00	54,00
Moda	42,00 ^a	46,00 ^a	76,00 ^a	49,00	23,00 ^a	36,00 ^a
Desvio Padrão	30,64	29,49	24,77	14,09	13,62	12,61
Tendência evolutiva da média:	-----	↑	↑	-----	↑	↑
Legenda:	A - Ansiedade; D - Depressão; Pce/C - Perda de controlo emocional/Comportamental; AP - Afeto Positivo; LE - Laços Emocionais; DP - Distress Psicológico; BEP - Bem-estar psicológico. a. Existem modas múltiplas. É apresentado o menor valor.					

Tabela 9 - Tendência evolutiva das subescalas da EMMB, avaliadas pela média e mediana no 1, 2º e 3º momentos.																		
Subescalas da EMMB:	SF 1ºmom	SF 2ºmom	SF 3ºmom	S 1ºmom	S 2ºmom	S 3ºmom	ScsA 1ºmom	ScsA 2ºmom	ScsA 3ºmom	ES 1ºmom	ES 2ºmom	ES 3ºmom	AU 1ºmom	AU 2ºmom	AU 3ºmom	SE 1ºmom	SE 2ºmom	SE 3ºmom
Média	24,14	28,29	31,29	12,57	14,14	15,71	10,29	10,71	11,57	11,43	13,00	13,29	13,43	14,57	15,14	9,57	11,71	12,14
Mediana	23,00	29,00	31,00	12,00	15,00	16,00	9,00	10,00	11,00	11,00	14,00	14,00	12,00	13,00	15,00	8,00	12,00	13,00
Moda	16,00 ^a	23,00	24,00 ^a	12,00	12,00	16,00	9,00	8,00 ^a	10,00	11,00 ^a	15,00	15,00	11,00 ^a	12,00	13,00 ^a	8,00 ^a	12,00	9,00 ^a
Desvio Padrão	5,84	7,18	5,99	3,26	2,12	2,93	2,75	2,50	2,23	3,15	2,38	2,06	3,15	3,74	4,34	3,51	2,69	2,34
Tendência evolutiva da média::	-----	↑	↑	-----	↑	↑	-----	↑	↑	-----	↑	↑	-----	↑	↑	-----	↑	↑
Legenda:	SF - Sentimento de Felicidade; S – Sociabilidade; ScsA - Sensação de controlo de si e dos Acontecimentos; ES – Envolvimento Social; AU – autoestima; SE - Sensação de Equilíbrio. a. Existem modas múltiplas. É apresentado o menor valor.																	

3.7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relativamente à hipótese formulada, não se verificaram resultados estatisticamente significativos quanto à variação positiva dos níveis de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional na totalidade da amostra do estudo. No entanto, pode-se observar através da análise da média das ordens que os níveis de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional tenham melhorado para a maioria dos elementos.

Através da interpretação dos gráficos e tabelas acima apresentados podemos afirmar que apesar dos resultados serem nulos do ponto de vista inferencial, do ponto de vista descritivo observam-se melhorias.

Descritivamente, o valor da média de todas as escalas e subescalas melhorou quer do 1º para 2º momento, quer do 2º para o 3º momento, sendo que a tendência dos dados estatísticos é para melhorar, apesar de só existir diferença estatisticamente significativa nas subescalas da ansiedade e dos laços emocionais do MHI e no envolvimento social da EMMB.

Analisando o comportamento da mediana observa-se que variou positivamente do 1º para o 3º momento nas escalas principais do estudo (MHI, EMMB e EEE) acompanhando a tendência evolutiva. O mesmo ocorreu com a mediana de todas as subescalas do MHI e da EMMB.

Constata-se portanto que, de um modo geral, os valores de todas escalas evoluíram positivamente, tendo presente a consciência de que individualmente, possam não ter evoluído da mesma forma todos os elementos da amostra, tal como é observável analisando os gráficos (n.º 1, 2 e 3) apresentados.

Ainda que não se possa inferir que a intervenção terapêutica com o grupo ComunicAr'te tenha melhorado os níveis de saúde mental, bem-estar e expressão emocional daqueles utentes, as melhorias obtidas e observadas através da análise descritiva dos resultados evidenciam o resultado positivo desta intervenção.

Verificando-se as melhorias estatisticamente significativas obtidas e analisando as diferenças individuais pré e pós teste pode-se concluir que houve ganhos em realizar a intervenção em 6 meses, quando comparado aos resultados obtidos após três meses de

intervenção (2º momento de avaliação), visto que inicialmente, durante a fase de projeto, o tempo previsto para a duração do grupo era de 12 semanas.

Poder-se-á apontar como limitações o tempo de duração do grupo, o fato de não haver grupo de controlo e a reduzida dimensão e heterogeneidade da amostra, não sendo possível, portanto, extrapolar os resultados para a generalidade da população.

As limitações inerentes à dimensão e heterogeneidade da amostra poderão ser justificativas do facto de não se terem alcançado melhorias estatisticamente significativas nas escalas principais do estudo e na maioria das subescalas em análise.

Teria sido útil ter um grupo de controlo, no entanto devido à dificuldade em manter nesse grupo as mesmas características do grupo experimental de modo a que fossem comparáveis, optou-se por não implementar o grupo de controlo. Também foi idealizada a implementação do projeto em diversos grupos diferentes, no mesmo período temporal, no entanto devido às limitações inerentes aos recursos físicos e humanos não foi possível realizá-lo.

Considera-se como fator positivo o facto dos terapeutas terem realizado todas as atividades com os utentes, sendo reconhecido pelos técnicos as dificuldades na sua realização. Considera-se que, através do participar de igual forma nas atividades, contribuiu para um aperfeiçoamento da capacidade de empatia. Os próprios utentes demonstraram surpresa e espanto (positivo) enaltecendo este comportamento.

Deste modo, sugere-se para futuros estudos semelhantes a realização da intervenção com maior duração (mais prolongada no tempo), a implementação da intervenção a uma população mais alargada (por exemplo, diversos grupos a decorrer simultaneamente) e a utilização de um grupo de controlo.

Diversas são as referências na literatura encontradas sobre os benefícios do uso da arte enquanto terapia e que salientam a importância do seu uso. Sousa (2005) citando a Sociedade Portuguesa de Arte-terapia (2001) menciona a sua utilização, com pacientes esquizofrénicos e em perturbações de stresse pós-traumático, entre outros. As terapias expressivas são utilizadas também na intervenção com famílias e com vítimas de violência sexual (Ferraz, 2009; Pratt, 2004), com crianças (Eaton, Doherty & Widrick, 2007; Ferraz, 2009; Pratt, 2004; Sousa, 2005), na dor, perda e morte (Pratt, 2004 citando

Malchiodi, 1993), junto de pessoas que sofreram traumatismo crânio-encefálico (Pratt, 2004 citando David, 2000 e Lazarus-Leff, 1998) e acidente vascular cerebral (Pratt, 2004 citando Wilson, 2001 e Yaretzky, 1996). É usada também junto de paciente com dor (Pratt, 2004 citando Trauger-Querry, 1999 e Russell, 1995) e em pacientes com VIH (Pratt, 2004 citando Edwards, 1993).

Perante os resultados positivos obtidos, está a ser desenvolvido um novo projeto de implementação do ComunicAr'te no meu local de trabalho (Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha), tendo os mesmos objetivos mas sendo, no entanto, dirigido à pessoa com problemática de toxicodependência com diagnóstico de depressão. Sendo este conceito entendido com uma emoção negativa caracterizada por “sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (CIPE, 2011, p. 48).

A justificativa desta intervenção fundamenta-se em duas vertentes, indo de encontro aos estudos de Sawyer (1987) referidos por Pratt (2004) evidenciando os resultados positivos do uso de arte com pessoas com depressão, e devido à evidente prevalência deste diagnóstico na população identificada.

Também as boas práticas defendidas na intervenção nas pessoas com patologia dual, coexistindo toxicodependência e outra doença mental e, enunciam entre outras intervenções, o uso de grupos de arte no seu tratamento (Watson & Hawkings, 2007).

Alguns autores apontam para a existência de um “risco dobrado de desenvolvimento de abuso/dependência de drogas em adultos jovens com história precoce de distúrbios depressivos ou de ansiedade” (Robins e Pryzbeck, 1985; Helzer e Pryzbeck, 1988, *in* Lopes, 1999 citados por Amorim, 2010).

Na tabela seguinte identificam-se as competências em enfermagem de saúde mental adquiridas ao longo do ensino clínico no CHON, integradas nas intervenções relacionadas com o grupo ComunicAr'te.

Tabela 10 - Competências em Enfermagem Especializada e EESMP no Grupo ComunicAr'te	
Domínios	Unidades de competência
Domínio A	A1.1; A1.2; A1.3; A1.4; A2.1; A2.2.
Domínio B	B2.1; B3.1; B3.2.
Domínio C	C1.1; C1.2. C2.1; C2.2.
Domínio D	D1.1; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3.
Domínio F	F1.1; F2.1; F2.3; F3.1; F3.2; F3.3; F3.5; F4.2; F4.3.

4. INTERVENÇÕES EM EESMP NO GRUPO DA DOR

Durante o ensino clínico no HDS houve a oportunidade de participar e intervir no grupo da dor, no âmbito da psiquiatria de ligação com a consulta da dor. Esta consulta existe, no HDS, para tratar os doentes cuja situação algica não possa ser resolvida com os tratamentos habituais, sendo esta uma valência pluridisciplinar, de forma a responder aos múltiplos aspetos com que a dor é vivida por cada doente.

4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“A dor é um fenómeno multidimensional. É uma experiência dinâmica, íntima e pessoal. É o resultado do conflito entre um estímulo e o indivíduo no seu todo” (Bidarra, 2010, p.7). Este fenómeno fisiológico constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde, pela população em geral, e além do sofrimento e da redução da qualidade de vida, está na causa de alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas (DGS, 2008).

De acordo com a DGS (2008), o controlo da dor é um dever de todos os profissionais de saúde, os quais, tal como é descrito no Programa Nacional de Controlo da Dor, deverão “adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde.”

Por sua vez, Lucília Nunes (2008) em OE (2008) relembra que a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, e por isso, compete ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados.

A OE (2008) refere que os enfermeiros têm responsabilidade nas intervenções não farmacológicas no controlo da dor, fazendo referência às seguintes técnicas a utilizar: terapia cognitiva/comportamental, reestruturação cognitiva, treino de habilidades de

coping, relaxamento com imaginação, distração, toque terapêutico, conforto, exercício e massagem. Parte das intervenções identificadas fazem parte das competências específicas do EESM, tal como é descrito no regulamento que define o perfil das competências deste profissional – OE (2010b). Deste modo, pode-se depreender a importância da integração do EESM nas intervenções junto da pessoa com dor.

4.1.1. **Intervenções no grupo da dor do HDS**

Antes de se ter iniciado este grupo terapêutico, foi aplicado às utentes do grupo da dor do HDS, a escala de depressão, ansiedade e stresse (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), as quais (de um modo geral) apresentaram elevados níveis de stresse e ansiedade. Aliando estes resultados à evidência científica de que a vivência de experiências afetivas está associada a alterações dos estados de saúde e de doença (Esteves, 2010 citando Kemeny e Shestyuk, 2008), consideraram-se os focos fundamentais para intervir a dor, o stresse, a ansiedade e as emoções.

O grupo de terapeutas que intervêm neste grupo é constituído por um enfermeira da consulta da dor e uma enfermeira do serviço de psiquiatria, ambas do HDS, tendo posteriormente integrado este grupo.

Inicialmente, respeitando e refletindo sobre o princípio da responsabilidade profissional, ética e legal surgiu a necessidade de interpelar as utentes do grupo da dor esperando a aceitação da minha presença nas intervenções do grupo terapêutico, fazendo prevalecer o respeito, o qual é entendido por Phaneuf (2005) como a qualidade pela qual a pessoa que ajuda, reconhece a dignidade e valor da pessoa ajudada.

Assim, perante a aceitação por parte das quatro utentes, foram dinamizadas as três sessões seguintes do grupo da dor, integrando nestas sessões as competências interventivas do EESM de âmbito psicoterapêutico, psicoeducativo, psicossocial e socioterapêutico, entre outras. Tal como afirma Pereira e Sampaio (2011), existem exemplos de intervenções grupais que assumem enfoques mistos (com alguma incidência psicoeducativa).

Na tabela nº 11 estão identificadas as sessões realizadas no grupo da dor, cujo plano de sessão se encontra em anexo (Anexo III).

Tabela 11 - Sessões do Grupo da dor		
Objetivos gerais: promover estratégias de alívio da dor, e de redução do stresse e ansiedade.		
Sessão nº	Tema:	Objetivos específicos:
7	Lidar com o stresse e modelagem.	Promover a expressão de sentimentos e emoções através da modelagem. Promover o bem-estar através de atividades plásticas e expressivas.
8	Jogo: emoções e sentimentos.	Promover o bem-estar através de atividades expressivas. Promover a expressão emocional através da mimica e pela via verbal. Facilitar o reconhecimento das emoções.
9	Massagem terapêutica.	Promover a expressão emocional. Promover o bem-estar através da massagem terapêutica da mão.

4.1.1.1 Enquadramento das intervenções no âmbito da competência F4 do EESM

A intervenção âmbito psicoterapêutico é um processo baseado na relação interpessoal, que recorre a uma técnica de natureza comunicativa, com orientação individual ou grupal e realizada por profissionais competentes (Ferraz, 2009; OE, 2011a), enquadrada no âmbito de um projeto terapêutico elaborado pelo terapeuta conjuntamente com o paciente, exigindo certa regularidade e durabilidade no tempo (Ferraz, 2009).

A mesma entidade descreve a reabilitação psicossocial como um processo que permite aos indivíduos (debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental) a oportunidade de atingir o seu nível de independência funcional na comunidade e envolve quer o desenvolvimento das competências individuais quer mudanças ambientais, sendo os principais objetivos a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação e um sistema de apoio de longa duração (OE, 2011a).

Quanto à psicoeducação, Figueiredo, Souza, Dell'Áglio & Argimon (2009) afirmam que “pode ser considerada uma modalidade de intervenção que visa propiciar melhores condições de entendimento e compreensão da patologia, bem como salientar e

potencializar os aspetos positivos do paciente”, e é limitada no tempo, estruturada, diretiva, focada no presente e na busca de resolução de problemas. Os mesmos autores citando Colom e Vieta (2004) acrescentam ainda que se caracteriza por dar informações sobre o seu diagnóstico - etiologia, funcionamento, tratamento mais indicado, prognóstico, entre outras.

Todas as sessões foram constituídas por uma componente de intervenção psicoeducativa. “Diversos autores assumem como principais virtualidades da psicoeducação, providenciar estratégias para gerir a vulnerabilidade do utente às circunstâncias de vida stressantes, dar suporte emocional aos indivíduos e familiares e conseqüentemente melhorar as relações familiares (...)” (Beck e Rector, 2005; Love, 2002; Pratt et al., 2005, citados por Freitas, 2010, p 19).

Nestas sessões foram utilizados como recurso, a exposição através de meios audiovisuais, e tal como refere Pereira et al. (2011, p. 7) “nas abordagens psicoeducativas, muitas vezes com recurso a materiais pedagógicos estruturados, o componente de suporte pode estar presente mas é secundário ao informativo.”

Por sua vez, a socioterapia baseia-se no processo de relação interpessoal e desenvolve-se com o grupo, tal como descrito no capítulo anterior.

4.1.1.2 A dor e o stresse

O stresse é definido por Townsend (2011, p. 2) como “uma reação do indivíduo a qualquer mudança que exija uma adaptação ou resposta que pode ser física, mental ou emocional”, e pode ser causado quer por acontecimentos positivos, quer negativos. Por sua vez, o stresse emocional pode ser entendido como “a medida em que os sentimentos perturbadores afetam uma pessoa” e as suas causas não se baseiam apenas no modo como cada indivíduo sente ou controla as próprias emoções, mas também pela educação que recebeu, pelo meio onde se insere, ... (Pérsico, 2011, p.40).

De acordo com Borges, Angelo, Luiz, e Domingos (2009), a dor pode ser reconhecida como uma importante forma de stresse, pois (indivíduos vulneráveis) ao enfrentarem circunstâncias problemáticas podem desenvolver a dor como resposta. O mesmo autor

refere que o stresse e a dor crônica podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como a depressão e ansiedade, as quais (juntamente com o stresse) podem influenciar o início e a manutenção da dor crônica, a qual traz consequências para o indivíduo, para a sua família, para o seu trabalho e para a sociedade.

Townsend (2011) refere que quando as respostas ao stresse são direcionadas para uma estabilização dos processos internos biológicos, os quais preservam a autoestima, consideram-se uma adaptação saudável ao stresse. A mesma autora menciona que a gestão do stresse envolve a utilização de estratégias de *coping* em resposta a situações stressantes, e faz referência à utilização de algumas estratégias adaptativas ao stresse, entre as quais, sensibilização, relaxamento, meditação, comunicação interpessoal, música, exercício físico e imagens mentais.

4.1.1.3 A dor e a ansiedade

Relativamente ao conceito de ansiedade, este pode ser definido como um tipo de emoção caracterizado por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e da frequência cardíaca, palidez, aumento da transpiração em geral e na palma das mãos em particular, midríase e voz trémula (CIPE, 2005).

A importância de intervir na ansiedade justifica-se pela incapacidade e transtornos que ela causa, sendo as perturbações da ansiedade a mais comum das doenças psiquiátricas (Hollander e Simeon (2008) citados por Townsend (2011). Frequentemente as pessoas com dor crônica sofrem de ansiedade, a qual aumenta a tensão muscular, amplificando a sensação de dor (Borges et al., 2009).

De acordo com Phaneuf (2005) as principais intervenções de enfermagem face às pessoas com ansiedade consistem em criar um clima de confiança, o toque, a compreensão empática, o uso de uma técnica de relaxamento, fornecer explicações sobre a doença e tratamento e não insistir em elementos suscetíveis de aumentar a ansiedade. A mesma autora refere que na abordagem à pessoa com dor a enfermeira pode utilizar estratégias adjuvantes aos analgésicos farmacológicos, tais como, a

meditação, o relaxamento, a criação de imagens mentais, a distração, a massagem e o toque terapêutico, entre outros.

4.1.1.4 A importância das emoções

Emoção pode ser definida como um “estado complexo de sentimentos, com componentes psíquicos, somáticos e comportamentais, relacionados ao afeto e ao humor (Sadock et al., 2007, p. 311). Quanto à sua utilidade, as emoções contribuem para resolver um problema específico que constitua uma ameaça, estando as emoções básicas orientadas para a preservação da vida e sobrevivência da espécie (Pérsico, 2011).

Distinguindo emoção de sentimento, Phaneuf (2005, p. 205) define este último como “um estado afetivo complexo, profundo e duradouro, ligado a certas representações da realidade externa ou interna; está assim intimamente associado à linguagem interior da pessoa.” Por sua vez, Sousa (2005, p. 23) descreve os sentimentos ou afetos, como “estados psicológicos de longa duração que mantêm determinadas matrizes. Estão intimamente ligados ao estado de felicidade da pessoa, sendo muito significativas e penosas as repercussões causadas por traumatismos sentimentais.”

Autores e cientistas da área das neurociências e das ciências cognitivas, tais como, António Damásio e Daniel Goleman fazem alusão a relação entre dor e emoção, sentimento e razão (Bidarra, 2010).

Quanto à importância do reconhecimento de emoções, Pérsico (2011) afirma que quanto maior controlo tivermos sobre as nossas emoções, mais eficazmente conseguiremos dominá-las no dia-a-dia e por outro lado, quem possuir a capacidade de reconhecer as emoções dos outros mais facilmente compreende a forma como os outros reagem, em resposta às suas emoções.

Quando se fala em emoções surge um conceito muito em voga na atualidade – a inteligência emocional. Segundo Goleman (s.d.), este conceito, está relacionado com as habilidades que estão na base da capacidade de reconhecer sentimentos do próprio e dos outros, e que servem de orientador para o pensamento e para a ação (Pérsico, 2011).

De acordo com Pêrsico (2011) as pessoas que possuem competências ao nível da inteligência emocional tem mais possibilidades de se sentir satisfeitas e confortáveis consigo próprias, de ser mais eficientes no trabalho e de atingir o sucesso mais facilmente. O mesmo autor refere que estas pessoas são alegres, assumem as suas responsabilidades, são solidárias, exprimem abertamente os seus sentimentos e possuem uma energia vital que parece lhes confere imunização contra doenças e sofrimento.

A capacidade de conhecer os sentimentos no momento em que eles surgem, é o primeiro passo para o desenvolvimento de inteligência emocional. Quando reconhecemos as emoções que estamos a viver, podemos intervir fazendo algo relativamente a elas. Assim, quanto maior controlo tivermos sobre as nossas emoções, mais eficazmente as conseguiremos dominá-las no dia-a-dia. Por outro lado, quem possui a capacidade de reconhecer as emoções dos outros mais facilmente compreende a forma como os outros reagem, em resposta às suas emoções (Pêrsico, 2011).

No capítulo anterior, já foi também descrita a importância das emoções no desenvolvimento de personalidades saudáveis, o que vai de encontro à justificativa de intervenção neste foco.

4.1.1.5 Fundamentação das intervenções

Relativamente às técnicas utilizadas para intervir nos focos mencionados, a massagem terapêutica é uma das medidas não farmacológicas utilizadas para o alívio da dor, que embora possa não a eliminar totalmente, atua como adjuvante de outras medidas (Bolander, 1998). Marques (2010, p. 35) afirma que “a dor é o problema de saúde em que a massagem terapêutica tem a sua maior utilização e popularidade, sendo a redução da dor descrita por diversos autores como um dos seus principais efeitos.”

De acordo com a definição da CIPE (2011) massajar é a ação de manipular, pressionando e esfregando o corpo ou partes do corpo. Alguns dos efeitos da massagem terapêutica são a diminuição da depressão e da ansiedade, melhoria do padrão de sono, melhoria da obstipação, diminuição da hipertensão arterial (devido a stress), melhoria da função imunitária, melhoria das funções neuromusculares e redução da dor (Marques, 2010). Em estudos realizados, concluiu-se que a massagem induziu aumento

da secreção de oxitocina a qual é responsável pela diminuição dos níveis de cortisol, pelo aumento do tónus parassimpático, pela melhoria da função imunitária, e pela diminuição da ansiedade e da depressão (Marques, 2010 citando Lund et al., 2002).

Por outro lado, e de acordo com Johnson e Sullivan-Marx (2006) citado por Sousa (2005), a experiência multissensorial de fazer arte desencadeia um processo criativo que pode energizar, estimular a memória, as emoções livres, e aumentar o nível de atividade, sendo a arte plástica e visual a linguagem das emoções. Com a utilização dos mediadores artísticos, torna-se mais fácil o acesso ao diálogo e à comunicação, pois ao verbalizar o que criou, alcança um certo distanciamento, não estando a falar do próprio, mas do que representou, funcionando a criação artística como um objeto intermediário entre o cliente e o terapeuta, ajudando a estabelecer relações e facilitando a comunicação (Ferraz, 2009).

Através da modelagem (e da pintura) é permitido o acesso ao mundo inconsciente, o qual guarda insuspeitáveis riquezas e as conserva mesmo depois de anos de doença (Fernandes, Svartman & Fernandes, 2003).

Em todas as sessões foi previamente planeado e acordado com as utentes que seria realizada terapia de relaxamento, devido aos seus efeitos benéficos demonstrados a nível da dor. Podem considerar-se técnicas de relaxamento, os procedimentos que se enquadram em metodologias de educação, de reeducação ou de terapia, elaboradas de modo a produzir efeitos específicos a nível biotensional, com repercussão psíquica (Sousa, 2005). O relaxamento pode ser feito de diferentes formas, a fazer desporto, através de exercícios de respiração ou de relaxamento progressivo (Townsend, 2011). Para a OE (2008) o relaxamento com imaginação é uma intervenção cognitivo-comportamental que consiste na diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação, para aumentar as sensações de bem-estar, diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade.

A respiração profunda é uma técnica simples que se torna a base para o relaxamento, em que a tensão é libertada quando os pulmões podem inspirar tanto oxigénio quanto possível (Sobel e Ornstein, 1996 citados por Townsend, 2011). Quanto à respiração abdominal, esta técnica torna-se também importante, pois estimula o sistema parassimpático interrompendo a resposta do sistema nervoso simpático decorrente do

stresse (Weis, 1998 citado por Riley, 2004). De acordo com Townsend (2011), os exercícios respiratórios foram considerados eficazes na redução da ansiedade, depressão, irritabilidade, tensão muscular e fadiga. Esta técnica pode ser utilizada como etapa preliminar do relaxamento ou, simplesmente, como prática única (Rangé, 2011).

Nas diversas intervenções, além da respiração abdominal, a técnica de relaxamento utilizada foi o relaxamento autogénico, desenvolvida por Johannes Schultz. Para Schultz o relaxamento autogénico “é uma forma de «auto-hipnose» provocada por modificações voluntárias do estado tónico associadas à concentração mental sobre determinadas cinestésias particularmente escolhidas (...) em que o paciente é levado a um novo modo de «sentir e de viver»” (Sousa, 2005). Sendo o relaxamento induzido através da sugestão de sensações de calor e peso no corpo (Caballo, 2002, p. 464). Este método centra-se em formas auto sugestivas em que as afirmações dirigidas permitem afastar as perturbações provenientes de estímulos exteriores ou pensamentos, ajudando a reforçar a persistência (Junqueira, 2006). Alguns autores defendem que o “estado autogénico” é uma posição hipotética num *continuum* entre o dormir e o estar acordado (Payne, 2003).

De acordo com Payne (2003) e à semelhança de outras técnicas, fazem parte dos requisitos para o treino autogénico: estímulos externos reduzidos (ausência de barulho, luz forte ou outros estímulos invasivos), atitude de concentração, repetição de frases indutoras de relaxamento e contacto mental com a parte do corpo a que a frase se refere.

Na tabela seguinte identificam-se as competências em enfermagem de saúde mental adquiridas ao longo do ensino clínico no HDS, com as intervenções no grupo da dor.

Tabela 12 - Competências em Enfermagem Especializada e EESMP no Grupo da Dor	
Domínios	Unidades de competência
Domínio A	A1.1; A1.2; A1.3; A1.4; A2.1; A2.2.
Domínio B	B3.1; B3.2.
Domínio C	C1.1; C2.1; C2.2.
Domínio D	D1.1; D1.2; D2.2; D2.3.
Domínio F	F1.1; F2.1; F2.2; F2.3; F3.1; F3.2; F3.3; F3.5; F4.1; F4.2; F4.3.

5. JOGOS TERAPÊUTICOS

No ensino clínico no internamento de psiquiatria do HDS, no âmbito das intervenções socioterapêuticas e psicossociais foi elaborado um jogo relacionado com o desenvolvimento de competências nesta área. Pretende-se que o jogo seja um meio, através de uma vertente lúdica e interativa, que promova o bem-estar, a saúde social, a interação social e as relações sociais e familiares saudáveis. Esta intervenção foi realizada em duas sessões distintas, uma realizada no espaço físico do jardim do HDS e outra na sala de reuniões do serviço de internamento de psiquiatria. O planeamento da sessão e as regras do jogo são apresentados no anexo IV.

5.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Fleury, Marra, e Knobel (2009) citando Marra (2004, 2009) descrevem a intervenção socioterapêutica (ou socioeducativa) como uma prática implicada na capacitação dos sujeitos em grupo, que ocorre pela explicitação de elementos identitários comuns dispersos entre todos e a vivência do processo de ação-reflexão-ação. Os mesmos autores referem ainda que o objetivo desta terapia é a transformação e a promoção da saúde social, a qual promove mudanças nos indivíduos, uma cultura de respeito e de construção de um diálogo interétnico e promove transformações nos indivíduos e nos grupos através da preservação da autonomia e da corresponsabilidade de cada um para o bem comum.

O que se pretende com a interação social pode-se identificar a partir da definição de socialização da CIPE (2011), a qual é entendida como um comportamento interativo de intercâmbio social mútuo e participação em atividades sociais.

Por sua vez, a intervenção psicossocial pode ser definida como uma intervenção que utiliza principalmente métodos psicológicos ou sociais para o tratamento e/ou reabilitação dum transtorno mental ou redução do sofrimento psicossocial (WHO, 2011). E reabilitar pode ainda ser entendido como “melhorar as capacidades das pessoas

com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível” (Lieberman, 1993 citado por Lussi, Pereira e Junior, 2006, p. 450). Afirmção corroborada por Jorge, Randemark, Queiroz, e Ruiz (2006), os quais afirmam que a reabilitação psicossocial visa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão - casa, trabalho e lazer.

Para Benevides et al. (2010) a atenção psicossocial direciona as suas ações para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade, e através destas práticas são ampliadas as habilidades e a autonomia do indivíduo permitindo o desenvolvimento da criatividade e expressão. Para Lussi et al. (2006, p.450) citando Pitta (1996) a terapia psicossocial é um “processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade.”

De acordo com Manes (2005, p. 6) os jogos psicológicos em grupo "fornecem um nível base de estimulação, capaz de ativar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano” facilitando a aquisição de novos modos de pensar, de sentir e de se relacionar. A mesma autora diz ainda que tanto os grupos experienciais como os jogos psicológicos se baseiam no «potencial humano», ou seja, nas dimensões mais significativas e típicas da experiência humana – a liberdade, a vontade, a criatividade e a sociabilidade.

5.2. DESCRIÇÃO DO JOGO E SUA FUNDAMENTAÇÃO

O jogo de tabuleiro elaborado é constituído por um percurso da casa nº 1 à casa nº 30, com quatro tipos de “casas” distintas as quais correspondem a cartas de baralhos de quatro cores – verde, azul, creme e castanho.

As diversas cartas são compostas por várias atividades com o intuito de alcançar diferentes objetivos, entre os quais avaliar e promover as relações familiares e sociais saudáveis, as estratégias de resolução de problemas, as atividades lúdicas e de lazer e a gestão económica/financeira. E ainda, promover a escuta ativa, a capacidade de memorização, a interação e participação social, a cidadania, o autoconceito, a autoanálise, a criatividade, a identificação de desejos e a expressão e identificação de

sentimentos e emoções. Algumas das atividades são baseadas nas questões do *Mini Mental State Examination* (elaborado por Folstein, et al.), a qual constitui uma escala com o objetivo de avaliar possíveis défices cognitivos e rastrear quadros demenciais (Lourenço e Veras, 2006).

Vários podiam ser os motivos apresentados para promover e intervir nos aspetos acima referidos, no entanto opta-se por referir simplesmente que o desenvolvimento de competências sociais e emocionais, da cidadania através de regras de convivência e manutenção dos espaços limpos, seguros e com baixos níveis de ruído exterior, a participação em atividades de lazer e atividades sociais e a segurança económica constituem algumas das estratégias a incidir na promoção da saúde mental (Lehtinen, 2008; Livro verde, 2005; WHO, 2004).

No final do jogo é entregue a cada “jogador” uma carta cor de laranja a qual tem como objetivo promover a reflexão sobre a atividade e diluir alguma competição que possa surgir na disputa pelo primeiro lugar ou ainda sentimentos de inferioridade por terminar em último, evidenciando a importância do “caminho” percorrido ao invés da “classificação” final.

Partindo do pressuposto que esta intervenção parte da relação interpessoal, e sendo a coexistência a estrutura das relações humanas (Fritzen, 2010), importa clarificar a sua importância que, como afirma Pérsico (2011, p.16) “a interação com as restantes pessoas é um elemento-chave na adaptação ao meio urbano, já que é o que permite obter, mediante a educação, o trabalho, a constituição da família, tudo aquilo de que necessitamos para viver.”

De acordo com Gomes, Scorzoni e Bueno (2010, p. 553)

“a ludicidade é muito importante para a saúde mental do ser humano, pois possibilita a quem a vivencia, momentos de encontro consigo e com o outro, momentos de fantasia e de realidade, de ressignificação e percepção, momentos de autoconhecimento e conhecimento do outro, de cuidar de si e olhar para o outro, momentos de vida. Na atividade lúdica, o que importa não é apenas o produto da atividade, o que dela resulta, mas a própria ação, o momento vivido.”

Ao longo destas intervenções foi surgindo a necessidade de refletir sobre os processos de tomada de decisão. Por exemplo, quando apesar dos utentes terem sido selecionados previamente para a sessão, na sala de reuniões, foram aparecendo muitos mais juntando-se ao grupo. Nesse momento surgiu a necessidade de tomar a decisão, baseada nos princípios éticos, considerando mais benéfico permitir a participação de todos, evitando sentimentos de exclusão e abandono, o que permitiu também a socialização dos presentes. Este facto originou a necessidade de reorganizar o planeamento da intervenção e da gestão do espaço e do grupo. No entanto, considera-se esta ter sido a decisão mais correta.

Tal como descrito pela OE (2002) a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e planeando as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

Na tabela nº 13 identificam-se as competências adquiridas com o desenvolvimento das intervenções descritas neste capítulo.

Tabela 13 - Competências em Enfermagem Especializada e EESMP nos Jogos Terapêuticos	
Domínios	Unidades de competência
Domínio A	A1.1; A1.2; A1.3; A1.4; A2.1; A2.2.
Domínio B	B3.1; B3.2.
Domínio C	C1.1; C2.1.
Domínio D	D1.1; D1.2; D2.2; D2.3.
Domínio F	F1.1; F2.1; F2.2; F2.3; F3.1; F3.3; F4.2; F4.3.

6. INTERVENÇÕES NO AUTOCONCEITO, AUTOCUIDADO E AUTOESTIMA

Também no campo de ação das intervenções socioterapêuticas e psicossociais, foi dinamizada uma intervenção no salão de cabeleireiro do serviço de internamento de psiquiatria do HDS, com o intuito de promover o autocuidado, o autoconceito e a autoestima, dirigida aos utentes internados nesse serviço que desejassem participar. O plano da sessão encontra-se no anexo V.

Esta sessão foi dinamizada através da interação grupal, sendo promovida/melhorada a apresentação pessoal, através do cuidado com o cabelo, unhas, e barba, da aplicação de cosméticos e pinturas e promovida a verificação da aparência no espelho. Consequentemente, foi promovida individualmente a autoestima, motivada também, pelos elogios espontâneos recebidos.

A definição de socioterapia, a qual se enquadra neste tipo de intervenção já foi anteriormente descrita, pelo que não será novamente fundamentada. Relativamente à intervenção de carácter psicossocial pode-se acrescentar que, e de acordo com Campbell (2009, p. 620), psicossocial é “relativo a elementos ambientais e atributos psicológicos de indivíduos que desempenham um papel contribuinte no início, no curso ou no tratamento de seus(s) transtorno(s).” E tal como referido anteriormente, esta intervenção incide na autoestima, na cidadania e na interação social (Benevides et al. 2010).

Importa então identificar e clarificar os conceitos objeto de intervenção – autoconceito, autocuidado e autoestima, assim como a pertinência de intervir na sua promoção.

O autoconceito pode ser entendido como “a componente cognitiva ou de pensamento do *self*, e geralmente refere-se à totalidade de um sistema complexo, organizado e dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e opiniões que cada uma pessoa tem como verdadeiras sobre a sua existência pessoal” (Huitt, 2004 citado por Townsend, 2011, p. 250). Valente (2002) considera que o autoconceito é constituído por quatro componentes: o *self* físico, material, social e espiritual, os quais são organizadas hierarquicamente, ou seja, com uma importância crescente para a autoestima do indivíduo, conferindo-lhe

categorias descritivas e avaliativas. Indivíduos com um autoconceito consistente e positivo manifestam atitudes de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça gerados pelos acontecimentos de vida, revelando percepções integradas e sem distorções do mundo e de si próprias permitindo deste modo a mobilização de estratégias adaptativas para lidar com a doença (Gomes et al., 2001), o que justifica a importância de promover o autoconceito.

Quanto à autoestima, esta pode ser entendida como um tipo de autoimagem com as seguintes características:

“opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva” (CIPE, 2011, p. 41).

Considerando que uma autoestima positiva inclui “um sentido de competência, amor incondicional, um sentido de sobrevivência, objetivos realistas, um sentido de responsabilidade e orientação para a realidade” (Townsend, 2011, p. 259), se depreende a importância de promover este conceito.

Por sua vez, o autocuidado é considerado pela CIPE (2011, p. 41) como a atividade executada pelo próprio, que consiste em “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” Implícita na Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem, Orem (1995) entende o autocuidado como “a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas (...), em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal” (Taylor, 2004, p. 213).

Na tabela nº 14 identificam-se as competências em enfermagem especializada e em EESMP desenvolvidas ao longo das intervenções descritas neste capítulo.

Tabela 14 - Competências em Enfermagem Especializada e EESMP nas intervenções no autocuidado, autoconceito e autoestima	
Domínios	Unidades de competência
Domínio A	A1.1; A1.2; A1.3; A1.4; A2.1; A2.2.
Domínio B	B3.1; B3.2.
Domínio C	C1.1; C2.2.
Domínio D	D1.1; D1.2; D2.2; D2.3.
Domínio F	F1.1; F2.1; F3.1; F3.2; F3.3; F4.2; F4.3;

7. ESTUDO DE CASO

De acordo com Hartley (1994, p. 253), o estudo de caso “consiste numa investigação detalhada (...) que visa fornecer uma análise do contexto e dos processos envolvidos no fenómeno em estudo e (...) o interesse do investigador é a relação entre o fenómeno e o seu contexto.” Para Lopes e Pereira (2006, p. 257) o estudo de caso “é uma técnica do método ativo, que consiste no estudo de uma situação-problema retirada da realidade (profissional) e transposta para uma situação pedagógica.”

Este é um dos métodos mais antigos utilizados no ensino de enfermagem. Florence Nightingale utilizava com seus alunos uma variação deste método, exigindo que estes registassem num caderno próprio os casos mais interessantes experienciados, os quais serviriam como objeto de estudo e posteriormente seriam avaliados por si (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

A realização dos estudos de caso permitem alcançar e demonstrar algumas das competências do EESM tal como é descrito pela OE (2010b), como é o caso da sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde.

Dos diversos estudos de caso realizados ao longo dos ensinios clínicos, será apresentado um deles, no anexo VI o qual contemplará a identificação e enquadramento da patologia/diagnóstico, a colheita de dados realizada, a avaliação do estado mental, o genograma, a descrição (de algumas) das intervenções terapêuticas realizadas e os diagnósticos de enfermagem identificados segundo a CIPE, assim como o respetivo plano de cuidados individualizado em saúde mental.

A avaliação do estado mental consiste numa avaliação através da observação do comportamento do paciente e a sua descrição objetiva, isenta de juízos de valor (Trzepacz & Baker, 2001). Quanto ao genograma este pode ser definido como “um instrumento de avaliação familiar que consiste num sistema de colheita e registo de

dados e que integra a história biomédica e a história psicossocial do paciente e da sua família” (Rebello, 2007, p. 310).

A utilização da CIPE ganha a sua importância na articulação da prática de enfermagem, através da terminologia científica na aplicação clínica de modo simples e uniforme (CIPE, 2011). Tal como referem Johnson, Mass e Moorhead (2004) para conseguir identificar e medir os resultados, influenciados pelos cuidados de enfermagem torna-se necessário criar uma linguagem comum, capaz de ser usada para organizar os fenómenos da prática de enfermagem, sem despersonalizar o paciente.

Medir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem torna-se cada vez mais pertinente na atualidade. Tal como afirma Araújo (2008) em alusão a Pelletier e Diers (s.d.) citados por Sousa (2006) é necessário que os enfermeiros adquiram capacidade de aceder, analisar e apresentar a informação produzida, de modo a que se reflita na eficiência da gestão dos cuidados e na manutenção da preponderância que a enfermagem tem tido e deverá continuar a ter no contexto dos cuidados de saúde.

Identificam-se na tabela nº 15 as competências desenvolvidas através da realização do estudo de caso e das respetivas intervenções aí descritas.

Tabela 15 - Competências em Enfermagem Especializada e EESMP - estudo de caso	
Domínios	Unidades de competência
Domínio A	A1.1; A1.2; A1.4; A2.1; A2.2.
Domínio B	B3.1; B2.1.
Domínio C	C1.1.
Domínio D	D1.1; D1.2; D2.2; D2.3.
Domínio F	F1.1; F2.2; F3.1; F3.2; F3.4; F4.1; F4.2; F4.3.

8. INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DA MELHORIA DA QUALIDADE

As intervenções no âmbito da melhoria da qualidade encontram-se enquadradas no domínio da melhoria da qualidade (domínio B) das competências comuns para o enfermeiro especialista ao abrigo do regulamento n.º 122/2011 (OE, 2010a). Neste âmbito, e de acordo com a OE (2010a) o enfermeiro desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

8.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cada vez mais nos serviços de saúde, torna-se necessário justificar a qualidade e produtividade de cada unidade de saúde, quer através da evidência dos benefícios dos cuidados prestados, quer pelas estratégias de melhoria da qualidade intrainstitucional. Tal como defende Seixo (2007, p. 12) “a abordagem à gestão do desempenho e a sua implementação nas organizações é, no enquadramento socioeconómico atual (...) cada vez mais necessária como forma de melhorar a eficácia e eficiência (...).”

A gestão da qualidade surgiu a partir dos anos 70, integrando a garantia da qualidade e a preocupação com a contínua melhoria dos produtos. O conceito de qualidade é considerado por Roldão e Ribeiro (2007) como uma meta possível de medição e não apenas uma definição vaga de bom, sendo mais um esforço contínuo para melhorar do que, propriamente, um grau de excelência pré-definido.

Como a própria definição indica, no desenvolvimento de programas de melhoria da qualidade em qualquer instituição é importante ter presente, que estes não são algo alcançável no imediato e imutável, mas sim processos sujeitos a melhorias contínuas, tal como o próprio conceito de processo implica. Deste modo, os projetos desenvolvidos na instituição não são um fim, em si mesmos, mas uma sequência ou início de algo, que se pretenda que seja dada continuidade por quem se mantém na instituição. Como refere

Crosby (1979) citado por Roldão et al. (2007) a qualidade é um processo dinâmico e não um programa em que o único padrão de desempenho aceitável é o «zero defeitos». Atualmente o conceito de qualidade é visto como sendo da responsabilidade de todos numa organização e os princípios da melhoria contínua aplicam-se aos produtos, aos serviços e à organização (Roldão et al., 2007). Também a OE (2002) menciona que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem relacionam-se com a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, com vista a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem aos cidadãos e simultaneamente promover a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002). De acordo com Pinto e Soares (2010, p. 21) o sistema de gestão da qualidade “é entendido como a filosofia e prática de gestão que se traduz no envolvimento de todos os que trabalham na organização num processo de cooperação que se concretize no fornecimento de produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes.”

Por sua vez, Peretti (2007) refere que antes de definir um programa de ação torna-se necessário fazer um diagnóstico prévio da situação. “Só é possível gerir o que se conhece (e mede)” e “(...) gerir pressupõe a fixação de objetivos, o planeamento das ações necessárias para os atingir e a avaliação da eficácia do planeado e do que foi implementado” (Pinto et al., 2010, p.25). Como tal, procurei avaliar, em ambos os ensinamentos clínicos, as necessidades do serviço relacionadas com a qualidade do desempenho e melhoria contínua, inquirindo a equipa multidisciplinar, através da leitura dos manuais do serviço e através da minha análise crítica de cada situação. A OE (2009a) menciona que, na demanda pela excelência do exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado, reconhecendo eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.

8.2. DOCUMENTOS ELABORADOS

Em relação ao ensino clínico realizado no CHON, a primeira necessidade que surgiu foi criar um modelo de registo para organização das consultas de avaliação inicial em saúde mental (CAISM), o que foi feito e se apresenta no anexo VII. Através de uma melhor

organização, este documento permitiu simplificar e agilizar o processo de registo e pesquisa dos CAISM a agendar, assim como perceber mais facilmente o número de pedidos em lista de espera.

De acordo com Roldão et al. (2007) mesmo que o método de trabalho (atual) de determinada atividade dê resultados, dever-se-á procurar, sistematicamente, o seu aperfeiçoamento e simplificação, considerando que quando as tarefas são simplificadas e os métodos estão normalizados para todos os trabalhadores, o trabalho realiza-se mais rapidamente e com maior eficiência.

Também no ensino clínico do HDS, foi sentida a necessidade de criar um modelo de registo (em papel) para a colheita de dados no acolhimento ao utente baseado no modelo de registo do sistema informático SAPE, de forma a facilitar a sistematização do pensamento em termos dos conteúdos a abordar aquando do acolhimento, contribuindo para uma colheita de dados ao doente e familiar mais completa e uniforme, abordando os temas previstos. A OE (2011b) evidencia a importância do SAPE na caracterização e identificação das intervenções decorrentes das necessidades dos utentes, de forma a evidenciar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitindo através de uma linguagem universal, padronizar e documentar a caracterização de saúde da população, assim como, os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. O referido documento elaborado foi deixado no serviço para utilização dos enfermeiros, sendo útil também para os enfermeiros em integração e estudantes em ensino clínico. Ambos os documentos criados se encontram no anexo VIII.

Aliando as minhas competências pessoais e conhecimentos às necessidades do SPSM do CHON, e aproveitando a minha formação na área de promoção do voluntariado (enquanto voluntária da CVP), elaborei um manual denominado “Política de voluntariado”, sendo a criação de um grupo de voluntariado no serviço um dos objetivos desta equipa.

O voluntariado “é uma atividade inerente ao exercício de cidadania que se traduz numa relação solidária para com o próximo, participando, de forma livre e organizada, na solução dos problemas que afetam a sociedade em geral” (DR, 1999). De acordo com o CNPV (2002), o voluntariado “está ao serviço dos indivíduos, das famílias e das

comunidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das populações” e “desenvolve-se através de projetos e programas de entidades públicas e privadas com condições para integrar voluntários, envolvendo as entidades promotoras e corresponde a uma decisão livre e voluntária apoiada em motivações e opções pessoais que caracterizam o voluntário.” Para Lehtinen (2008) o voluntariado constitui uma possibilidade de alargar a vida social, o qual pode proporcionar estímulo social e intelectual, potenciar novas amizades e aumentar a autoestima. De acordo com o mesmo autor a percentagem de pessoas que se voluntariam em organizações sem fins lucrativos e grupos comunitários constitui um dos indicadores para avaliar as comunidades mentalmente saudáveis.

O referido manual encontra-se no anexo IX, e tal como qualquer projeto de melhoria contínua, não pretende ser um documento acabado, mas que sofrerá alterações consoante as necessidades.

Colaborei também com a equipa de enfermagem do SPSM do CHON na melhoria do manual de boas práticas de saúde mental e psiquiatria, o qual tem como objetivo contribuir para a prática dos profissionais desta área, servindo de guia orientador para a prática e simultaneamente evidenciar as intervenções realizadas pelos enfermeiros de saúde mental. Neste sentido, procurei reunir um conjunto de indicadores de avaliação das intervenções de enfermagem na área da saúde mental, baseando-me nos indicadores NOC (classificação dos resultados de enfermagem) de Johnson et al. (2004), os quais estão identificados no anexo X. Estes indicadores constituem uma lista de conceitos, definições e medidas padronizadas que descrevem resultados dos pacientes, influenciados pelos cuidados de enfermagem, mensurados num *continuum*.

De acordo com Johnson et al. (2004) é necessário identificar e medir estes resultados para que a disciplina de enfermagem se integre completamente na pesquisa de avaliação clínica, no desenvolvimento de políticas e no trabalho interdisciplinar, sendo também justificável esta necessidade à medida que as organizações procuram melhorar a eficiência.

8.3. ATIVIDADES FORMATIVAS

De acordo com a OE (2011a), também as atividades de formação contínua contribuem para a excelência do exercício profissional na organização dos cuidados de enfermagem especializada, promovendo o desenvolvimento profissional e a qualidade dos destes cuidados. Assim, colocam-se neste capítulo as atividades formativas desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, as quais se enquadram simultaneamente na melhoria contínua da qualidade e no domínio das aprendizagens profissionais.

Deste modo, na procura das necessidades em termos de melhoria da qualidade, relacionada com a formação em serviço, foi sugerido pela equipa multidisciplinar do CHON realizar formação relacionada com as terapias através da arte e pela enfermeira chefe do serviço de psiquiatria do HDS realizar formação alusiva ao tema “padrões de qualidade em enfermagem.”

A «formação em serviço» enquadra-se nas competências comuns definidas pela OE para o enfermeiro especialista, sendo este responsável por ser facilitador de aprendizagem atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas, concebendo e gerindo programas e dispositivos formativos (OE, 2010a). E tal como refere Vitorino (s.d.) citada por Lopes et al. (2006, p. 233), “a formação é a raiz do desenvolvimento e a sua avaliação o fertilizante necessário para a melhoria contínua da organização, do país e do mundo.”

Num grupo de formação pretende-se atingir o público-alvo em três aspetos: cognitivo, psicomotor e afetivo (Lopes et al., 2006). E “é a partir de uma correta planificação, que o formador assegura, dentro dos limites do possível que os formandos vão atingir os objetivos pretendidos, no final da ação de formação” (Ferrão e Rodrigues, s.d. citados por Lopes et al., 2006, p. 217).

De forma a dar resposta às necessidades identificadas no CHON, foi planificada e programada uma sessão de formação sobre “Terapias Expressivas e Terapias através da arte”, baseada fundamentalmente numa revisão da literatura sobre o tema. Os objetivos da formação foram sensibilizar os terapeutas do serviço de psiquiatria e saúde mental para a importância do uso da arte no contexto terapêutico, a apresentação da fundamentação teórica dos benefícios da arte enquanto terapia e a apresentação dos

objetivos do grupo terapêutico ComunicAr'te. O planeamento da sessão formativa foi dividido em quatro etapas: a introdução à formação; a apresentação dos fundamentos teóricos sobre arteterapia; a apresentação dos objetivos gerais terapêuticos do Grupo ComunicAr'te; e por último, a realização de uma atividade prática orientando os elementos da equipa para a expressão emocional, relacionada com o sentir face à equipa e suas vivências, através do uso de mediadores artísticos. Todos os profissionais que se encontravam a desempenhar funções no serviço foram convidados a participar, tendo estado presentes na sessão todos os elementos que trabalham no serviço a tempo total, a voluntária de serviço social e ainda um interno de medicina a realizar estágio durante essa época. No anexo XI encontram-se o planeamento da sessão formativa assim como alguma fundamentação teórica que apoiou a sessão.

No serviço de internamento de psiquiatria do HDS, foi também realizada uma sessão de formação sobre “Padrões de Qualidade em Enfermagem” tendo sido enquadrado nos conteúdos formativos a pesquisa efetuada relativa ao rácio enfermeiro/doente recomendado para os serviços de internamento de psiquiatria.

Relativamente aos rácios enfermeiro /doente a OMS (s.d.) citada pela OE (2011b) tem alertado para a problemática da escassez de enfermeiros, a nível mundial e para a necessidade de fortalecer este grupo profissional de forma a não colocar em risco a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados. A OE realça ainda o dever e responsabilidade das instituições de saúde na adequação dos recursos e criação de estruturas que acautelem o exercício profissional de qualidade e que favoreçam o desenvolvimento profissional salientando que “a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – , o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (OE, 2002, p. 5). Por sua vez, o ICN (2006) reconhece a importância de dispor de pessoal em número adequado, visto que esse facto afeta a saúde dos enfermeiros. A OMS (2011) evidencia também a importância do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) na obtenção das “horas de cuidados necessários” para dotação de recursos humanos, cumprindo este objetivo através da categorização por indicadores, segundo um padrão de qualidade definido.

Visto não estarem definidos instrumentos de avaliação fiáveis quanto às necessidades em cuidados de enfermagem para os serviços de psiquiatria, não existem dados relativos

às horas de cuidados necessárias por dia de internamento, em Portugal, sendo considerado pela OE e pelo Ministério da Saúde urgente a definição desses instrumentos, para avaliação das necessidades tendo em consideração o plano nacional de saúde mental (OE, 2011b).

A sessão de formação foi realizada em conjunto com o colega do ensino clínico, potencializando os recursos e motivando o trabalho em equipa. Os grupos influenciam a maneira como aprendemos, sendo que aprendemos melhor e mais rapidamente em grupo (Fritzen, 2009) e no campo escolar “a comunicação entre os alunos, a troca de informação «horizontal» e o intercâmbio de conhecimento e reflexão entre grupos” são o terreno de eleição para a aprendizagem (Barbosa, 2004, p. 7). No caso concreto do ensino clínico, temos os mesmos objetivos académicos a cumprir, e ainda que os pessoais sejam diferentes podem ser complementares. Trabalhar em conjunto permite a partilha de experiências, de conhecimentos e de aprendizagens, desenvolver capacidades de trabalhar e interagir em grupo, permitindo otimizar e potencializar recursos. Tal como mencionam Silva e Silva (2004), aliada à função de socialização, durante os ensinamentos clínicos, adquirem-se outras competências, entre as quais, o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais e a partilha de responsabilidades.

De forma a promover a adesão à sessão de formação e a proporcionar o «cuidar do cuidador» a sessão foi desenvolvida em três etapas: I – sessão formativa; II – Lanche com Saúde Mental; III – sessão de relaxamento. A primeira etapa foi relativa à formação propriamente dita. O “Lanche com saúde mental” foi pensado para alcançar diversos objetivos, entre os quais promover a socialização entre os enfermeiros do serviço e induzir um estado de descontração prévio ao relaxamento. Por último, a sessão de relaxamento foi pensada com o objetivo de produzir um estado de tranquilidade e bem-estar no local do trabalho, tendo sido dinamizada de forma a transmitir aos enfermeiros estratégias que possam ser utilizadas no seu dia-a-dia para reduzir o stress ou a tensão física, mental e emocional. Pois, tal com refere Riley (2004), são diversas as referências na literatura aos fatores de stress que os enfermeiros estão sujeitos. Opinião corroborada por Costa (2013) citando Buunk e Schaufeli (1993).

A importância de usar o relaxamento com os enfermeiros vai de encontro ao que descrevem Bolander (1998) quando dizem que esta arte é uma valiosa ferramenta que

promove e mantém a saúde espiritual, porque permite que a pessoa se concentre nas suas tarefas com menor ansiedade, tornando, portanto, o indivíduo mais eficiente nas coisas que leva a cabo. Os mesmos autores acrescentam que os enfermeiros que praticam o relaxamento, estarão provavelmente mais relaxados e capazes de proporcionar ao utente cuidados mais eficientes, estão melhor equipados do que outros para satisfazer as necessidades espirituais do utente, porque satisfizeram as suas e são mais eficientes na ajuda ao utente por não estarem preocupados com problemas pessoais.

De forma a promover o envolvimento de todos os enfermeiros da equipa na sessão formativa foi entregue um convite personalizado com o seu nome e colocado um marcador de mesa na sala de enfermagem com a data, hora e conteúdos da sessão e foi oferecido a cada elemento presente o “manual de relaxamento do terapeuta.” Este manual foi elaborado tendo por base algumas estratégias terapêuticas de auto relaxamento, entre elas a técnica de respiração abdominal e outros exercícios descritos em Riley (2004) e contem também uma breve fundamentação teórica da importância da promoção do bem-estar do cuidador. No anexo XII encontra-se o plano da sessão formativa e respetivos materiais de apoio.

Dos quinze elementos previstos, estiveram presentes cinco enfermeiras na sessão – dos restantes profissionais, duas estavam em período de férias, uma justificou a sua não comparência e um enfermeiro não teve autorização para frequentar a formação visto estar destacado para outro serviço. Fora já constatado pelos enfermeiros do serviço que habitualmente, existe no serviço, uma fraca adesão às sessões de formação. Face a esta constatação, questiono-me quais os motivos para que tal aconteça, considerando importante avaliar, na equipa algumas questões, tais como, as motivações e interesses pessoais para as formações, quais os incentivos da entidade patronal/serviço para a realização de formação em serviço e o qual o grau de satisfação profissional dos enfermeiros.

A sessão formativa realizada foi avaliada (pelos formandos) através de uma grelha, com o objetivo de avaliar os conteúdos, a metodologia e meios utilizados, o tempo despendido e os formadores, tendo a média da classificação da formação sido “satisfaz muito (5)”, numa escala de não satisfaz (1) a satisfaz plenamente (6).

De acordo com Lopes et al. (2006), a avaliação da formação procura ser uma reflexão sobre a própria formação, através de um instrumento individual e confidencial, que geralmente é um inquérito ou questionário, devendo este procedimento ser encarado como um processo para a qualidade da formação, com o contributo de todos.

8.4. MELHORIA CONTÍNUA ATRAVÉS DO CUIDAR DO CUIDADOR

Também com o objetivo de cuidar do cuidador, no ensino clínico do CHON, foi realizada uma sessão de relaxamento para os técnicos da Equipa de Tratamento (ET) das Caldas da Rainha, sob a supervisão da orientadora do ensino clínico. Esta equipa é um dos parceiros informais do SPSM, e a intervenção, neste local, justificou-se face aos evidentes períodos de stresse laboral e risco de *burnout*. Neste local era, na época, frequentemente relatado pelos profissionais desmotivação, tristeza, cansaço físico e sobrecarga de trabalho, descontentamento com os vencimentos auferidos, sendo também evidente sofrimento mental e físico (manifestado através da expressão de emoções negativas) e relações conflituosas com alguns colegas de trabalho. Estando também na origem deste mal-estar geral a grande instabilidade vivida devido a despedimentos recentes de colegas de trabalho e a existência de alguns profissionais com contratos precários.

O stresse no local de trabalho pode ser indicado pela existência de interações problemáticas entre o indivíduo e seu meio ambiente, sendo que num estudo realizado, na união europeia, para avaliar a saúde e segurança no trabalho, o stresse, a depressão ou a ansiedade são indicados como o principal problema de saúde relacionado com o trabalho em 14% dos inquiridos (Stolk, Staetsky, Hassan, e Kim, 2012).

Fonte (2011) citando Maslach e Jackson (1981) definem *burnout* como uma “síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização pessoal, sendo causada pelo prolongamento de situações de elevada exigência emocional no local de trabalho e que podem ocorrer nos profissionais da área dos serviços humanos.”

Alguns autores identificam o risco organizacional para *burnout* em seis áreas principais: a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, o sentimento de recompensa insuficiente, a ausência de comunidade, a falta de justiça e o conflito de valores (Fonte, 2011 citando Maslach, et al., 2001; Maslach, 2009).

Costa (2013) menciona que podem-se utilizar, como estratégias individuais de intervenção para a prevenção e tratamento de *burnout*, as técnicas cognitivo-comportamentais (treino de inoculação de stresse, terapia racional emotiva, reestruturação cognitiva e ensaio comportamental) e recomendações ao nível de programas de treino de resolução de problemas, desenvolvimento de competências de comunicação e assertividade, gestão eficaz do tempo, gestão de prioridades e estratégias de resolução de conflitos; e a nível grupal, o autor refere que a estratégia essencial é a utilização do suporte social no trabalho (por parte de colegas e supervisores).

Borges e Ferreira (2013, p. 38) em alusão às intervenções para redução do stresse referem que “no contexto laboral uma das estratégias que poderá ser implementada é o relaxamento.” Também Serra (2002) citado pelos mesmos autores, menciona que o treino de relaxamento tem evidenciado vantagens em problemas de saúde associados ao stresse. O relaxamento pode ser entendido como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo” (Payne, 2003, p. 3 citando Ryman, 1995).

Costa (2013), citando vários autores, evidencia o risco de *burn out*, assim como a presença de stresse a que estão sujeitos vários profissionais no seu local de trabalho, entre os quais, enfermeiros, médicos e psicólogos.

De acordo com um estudo realizado por Tomás (2011) sobre os riscos psicossociais e clima organizacional nos enfermeiros que cuidam de toxicodependentes, em Portugal, a autora encontrou relação estatisticamente significativa entre os níveis de exaustão emocional e física e os níveis de envolvimento, conforto físico e ataques. Os inquiridos neste estudo apresentarem níveis de perceção do clima organizacional satisfatórios, à exceção dos itens do controlo e do conforto físico.

No anexo XIII encontra-se a planificação da sessão, assim como alguns dos materiais utilizados.

8.5. PROJETO DE MELHORIA CONTINUA NA ET DE CALDAS DA RAINHA

Ainda durante a frequência das unidades curriculares do 1º semestre do curso de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, no âmbito da unidade curricular de Gestão em Enfermagem, desenvolvi um projeto de melhoria contínua da qualidade no meu local de trabalho – ET de Caldas da Rainha, para resolver a problemática das interrupções no trabalho de enfermagem, levando assim os conhecimentos teóricos para a prática clínica. No anexo XIV apresento o projeto, na forma de poster e de artigo, onde constam as especificidades deste projeto.

Termina assim o capítulo relativo aos projetos de melhoria contínua, sendo estes deveras importantes para o desenvolvimento das organizações, tal como mencionam diversos autores. Considerando os padrões de qualidade em enfermagem definidos pela OE (2002) a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, é um dos fatores que contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem na procura permanente da excelência no exercício profissional.

De acordo com Pinto et al. (2010, p.15) o “sucesso de qualquer organização depende diretamente da sua capacidade em mobilizar e organizar os meios e recursos necessários à realização de produtos e/ou serviços que satisfaçam as exigências, necessidades e expectativas (requisitos) dos seus clientes” e “o desenvolvimento de uma cultura baseada em princípios da qualidade e seus consequentes valores, abrirá caminho à eficácia e melhoria contínua dos métodos e processos.”

Um sistema de gestão da qualidade, se for compreendido como benéfico por toda a organização, pode trazer benefícios, tais como a melhoria da relação com os clientes, o aumento da motivação dos colaboradores, melhoria do clima organizacional e da imagem da organização, simplificar circuitos e eliminar tarefas supérfluas e repetidas, diminuir o número de erros, entre outros (Pinto et al., 2010).

Por sua vez, Roldão et al. (2007, p. 271) afirmam que “qualquer sistema de operações, (...) terá de dispor de recursos humanos, cujas características, organização e motivação são fundamentais para o sucesso da empresa”, existindo assim a necessidade de que

cada trabalhador desenvolva o seu trabalho de forma a torná-lo eficaz, cómodo e motivador.

Na tabela nº 16 encontram-se identificadas as competências adquiridas no âmbito da melhoria da qualidade, nos cinco domínios definidos pela OE.

Tabela 16 - Competências em Enfermagem Especializada e EESMP na melhoria da qualidade	
Domínios	Unidades de competência
Domínio A	A1.1; A1.2; A1.3; A1.4; A2.1; A2.2.
Domínio B	B1.1; B1.2; B2.1; B2.2; B2.3; B3.1; B3.2;
Domínio C	C1.1; C1.2; C2.1; C2.2;
Domínio D	D1.1; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3.
Domínio F	F1.1; F2.1; F2.3; F3.1; F3.2; F4.1; F4.2.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma foram apresentadas algumas das muitas intervenções realizadas ao longo do curso de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e durante os ensinamentos clínicos no CHON e no HDS. Foram selecionados para este relatório apenas um conjunto das intervenções que permitem demonstrar a aquisição de competências como enfermeira especialista em saúde mental, nos vários domínios de competência.

Assim, pode-se verificar que foram alcançadas as competências ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assim como as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Utilizando as competências adquiridas, no período pós-ensino tive oportunidade de continuar a participar nas reuniões NIASM devido à minha atividade profissional. Foi também dada continuidade às intervenções no âmbito da melhoria da qualidade realizadas na ET das Caldas da Rainha, assim como às estratégias para promover o bem-estar dos trabalhadores deste local. Estando também o projeto ComunicAr'te em fase de reestruturação para nova aplicação.

Por fim, reconhece-se que o curso de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria constitui apenas uma primeira etapa do processo de aquisição de competências nesta área, sendo este um longo percurso de melhoria contínua ao longo do tempo e do desempenho profissional “num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito” tal como afirma Benner (1984) citado por Queirós et al. (2000, p. 19).

BIBLIOGRAFIA

- Akin, A.; Satici, S. & Kayiş, A. (2012). Emotional expressivity and submissive behavior. *Journal of educational and instructional studies in the world*. Vol. Issue: 1 Article. Acedido em <http://www.wjeis.org/FileUpload/ds217232/File/01x.akin.pdf> em 19 de Setembro de 2013.
- Alison-Lewis, L. (2011). *Sorrir para a vida* (6ª edição). Prior Velho: Paulinas editora.
- Almeida, K.; Dimenstein, M. & Severo, A. (2010). Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.14, n.34, p.577-89. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1410.pdf> em 20 de Junho de 2012.
- Almeida, V. (2006). *Somatização e Expressão Emocional - Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga.
- Amorim, M. C. (2010). *A especificidade no cuidar na relação enfermeiro – toxicod dependente*. Tese de mestrado. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de ciências da saúde, Lisboa.
- Araújo, N. (2008). *Ações autónomas de enfermagem. Ganhos em Saúde*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- ASPESM (2009). *Manual de boas práticas canadianas para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Barbosa, E. & Werba, G. (2010). Arteterapia e idosos institucionalizados: uma experiência no tempo. *Revista Conversas interdisciplinares*. Ano I. vol. 1., 1 -16. Acedido em <http://revista.ulbratorres.com.br/site/images/anoI/artigo02.pdf> em 24 de Janeiro de 2012.

- Barbosa, I.; Santos, M. & Leitão, G. (2007). Arteterapia na assistência de enfermagem em oncologia: produções, expressões e sentidos entre pacientes e estudantes de graduação. *Revista de enfermagem - Escola e enfermagem Anna Nery*. 11(2), 227-33. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a07.pdf> em 22 de Dezembro de 2011.
- Barbosa, L. (2004). Trabalho e dinâmicas dos pequenos grupos (3ª edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Bechelli, L. & Santos, M. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 10 (3), 383-91.
- Benevides, D. S; Pinto, A. A; Cavalcante, C. M. & Jorge, M. B. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação.*, vol.14, nº 32. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/11.pdf> em 14 de Abril de 2012.
- Bidarra, A. P. (2010). Tese de Mestrado. Vivendo com a Dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica. Curso de Mestrado em Ciências da Dor. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf em 6 de junho de 2012.
- Bolander, V. (1998). Enfermagem Fundamental - Abordagem psicofisiológica. (1ª edição em português). Lisboa: Lusodidacta.
- Borges, C.; Angelo, A.; Luiz, G. & Domingos, N. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em stresse e dor crônica. *Arquivos de Ciências da Saúde (out-dez)*; 16(4):181-6. Acedido em http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK7_out-dez_2010.pdf em 13 de Junho de 2012.
- Borges, E. & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: estratégias de intervenção no stresse. *Revista Portuguesa de enfermagem de saúde mental*, nº 10. ASPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, p. 37-42.

- Caballo, V. (2002). Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento (1ª edição). São Paulo: Santos editora.
- Campbell, J. R. (2009). Dicionário de Psiquiatria (8ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Campiche, C.; Hippolyte, J. & Hipólito, J. (1992). A comunidade como centro. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Campos, C. & Barros, S. (2000) Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental; *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. vol. 34, nº 3, p. 271-276.
- Canadian Nurses Association (2005). Mental Health and Nursing: A Summary of the Issues. Ottawa. Acedido em <http://www.cna-nurses.ca> em 11 de Junho 2007.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). Metodologia de Investigação: Guia para Autoaprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cassar, M. P. (2001). Manual de Massagem terapêutica. Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta (1ª edição). São Paulo: Editora Manole.
- CHON (2012). Relatório de atividades de 2011. Documento não publicado. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental. Centro Hospitalar Oeste Norte. Caldas da Rainha.
- CIPE (2005). CIPE versão 1 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Conselho Internacional de Enfermeiros. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- CIPE (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 1.0 (1ª edição). Conselho internacional de enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- CIPE (2011). CIPE versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Conselho Internacional de Enfermeiros. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

- CNPV (2002). Guia do Voluntário. Lisboa: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado. Acedido em http://www.voluntariado.pt/preview_documentos.asp?r=37&m=PDF em 21 de Abril de 2012.
- Cordeiro, J. C. (2009). Manual de Psiquiatria Clínica (4ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, R. (2013). Níveis de *Burnout* nos estudantes da licenciatura em Optometria e Ciências da Visão da Universidade da Beira Interior. Dissertação de mestrado. Universidade da Beira interior, Covilhã.
- DGS (2004). Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS (2008). Circular Normativa N.º: 11/DSCS/DPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor. Ministério da Saúde.
- Dinis, A.; Gouveia, J. & Xavier, A. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da escala de expressividade emocional. *Revista Psychologica*, 54, 11-138.
- DR (1998a). Lei de proteção de dados pessoais. Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro. Diário da República – I série – A, n.º 247 – 26-10-1998. Acedido em <http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/LPD.pdf> em 16 de Julho de 2012.
- DR (1998b). Lei de Saúde Mental. Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Diário da República – I série – A, n.º 169 – 24-7-1998.
- DR (1999). Decreto-lei n.º 389/1999 de 30 de Setembro (1999). Regulamenta a Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro, que estabeleceu as bases do enquadramento jurídico do voluntariado. Diário da República I série – A. N.º 229 (30-09-1999), 6694-6698.
- Eaton, L.; Doherty, K. & Widrick, R. (2007). A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 256–262. Elsevier.
- Esteves, M. (2010). Desconforto Subjectivo e Regulação Emocional nos Estudantes de Medicina Dentária em Portugal. Dissertação de Mestrado. ISCTE-IUL, Lisboa.

- Faustino, R. & Egry, E. (2002). A formação da enfermeira na perspectiva da educação reflexões e desafios para o futuro. *Revista Escola Enfermagem USP*, 36(4), 332-7. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a05.pdf> em 2 de fevereiro de 2014.
- Fernandes, W.J.; Svartman, B. & Fernandes, B. (2003). Grupos e configurações vinculares. Porto Alegre: Artmed.
- Ferraz, M. (2009). Terapias expressivas integradas (1ª edição). Coleção Expressão em Terapia – volume 1. Venda do Pinheiro: Tutitirév Editorial.
- Figueiredo, A.; Souza, L.; Dell'Áglio Jr, J. & Argimon, I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e cognitiva*, Campinas-SP, Vol. XI, nº 1, 15-24.
- Filho, N. (2005). Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 14 (3), 30-50.
- Fleury, H.; Marra, M. & Knobel, A. (2009). Intervenções na comunidade: socioterapia e redes sociais como ferramenta do cuidado. 17th International Congress on Group Psychotherapy and Group Processes. Roma. Acedido em <http://www.febrap.org.br/publicacoes/Arquivos.aspx?idc=1&idt=A&idm=27> em 13 de Abril de 2012.
- Fonte, C. (2011). Adaptação e validação para português do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI). Dissertação de mestrado. Faculdade de economia, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Freitas, J. (2010). Conceção de um programa de psicoeducação para indivíduos com o primeiro surto psicótico. Dissertação de mestrado. Faculdade de psicologia e de ciência da educação, Universidade do Porto, Porto.
- Fritzen, S. (2009). Exercícios práticos de dinâmica de grupo: volume II (38ª edição). Petrópolis: Editora Vozes. Fonte, C. (2011). Adaptação e validação para português

do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI). Dissertação de mestrado. Faculdade de economia, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Fritzen, S. (2010). Exercícios práticos de dinâmica de grupo: volume I (40ª edição). Petrópolis: Editora Vozes.

Galdeano, L. Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11 (3): 371-5. Acedido em www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1778/1823 em 23 de março de 2014.

Gomes, C. Marques, Scorzoni, M. & Bueno, S. (2010). A importância do lúdico como instrumento na promoção da saúde. In Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado (p. 552-560). Covilhã: Henrique Pereira, Luísa Branco, Fátima Simões, Graça Esgalhado e Rosa Marina Afonso, editores.

Gomes, M. & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Revista psicologia, saúde e doenças*, 2 (1), 35-45.

Hartley, J. F. (1994). Case studies in organizational research. In: Cassell, C. & Symon. Qualitative methods in organizational research: a practical guide. London, Sage: Gillian (ed.).

HDS (2010). Documento não publicado. Serviço de Psiquiatria. Hospital Distrital de Santarém

Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau – Enfermagem psicodinâmica. In Tomey, A. & Alligood, M. (2004) Teóricas de enfermagem e suas obras (modelos e teorias de enfermagem.) (5ª edição). Loures: Lusociência.

ICN (2006). Dotações seguras salvam vidas – instrumentos de informação e ação. Dia internacional do enfermeiro. Genebra: Internacional Council of Nurses. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf em 25 de Julho de 2012.

- INE: Instituto Nacional de Estatística (2011). CENSOS 2011 – XV recenseamento geral da população. Acedido http://mapas.ine.pt/ms_tmp/r0fr3qr3r7m36i81315t0p2gt0.pdf em 1 de Dezembro de 2013.
- Johnson, M.; Mass, M. & Moorhead, S. (2004). Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). (2ª edição). Porto Alegre: Artmed editor.
- Jorge, M.; Randemark, N.; Queiroz, M. & Ruiz, E. (2006). Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental Revista Brasileira de Enfermagem [online]. Novembro-Dezembro, volume 59, número 6, p. 734-739. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a03.pdf> em 1 de Julho de 2012.
- Junqueira, M. (2006). A viagem do relaxamento: técnicas de relaxamento e dinâmicas. Goiânia: Edições da Universidade Católica de Goiás.
- Lança, R. (2013). Coach to coach (1ª edição). Carcavelos: Prime books.
- Lehtinen, V. (2008). Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. Finland.
- Livro Verde (2005). Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas. Comissão das comunidades europeias. Acedido em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/02/livro-verde-pt.pdf> em 18 de Junho de 2010.
- Lopes, L. & Pereira, M. (2006). Formação Pedagógica Inicial de Formadores (2ª edição). Lisboa: FDTI – fundação para a divulgação das tecnologias de informação.
- Lourenço, R. & Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), 712-719. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023 em 4 de Fevereiro de 2014.
- Lussi, I.; Pereira, M. & Junior, A. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14 (3), 448-56. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf> em 20 de Abril de 2012.

- Manes, S. (2005). 83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos – um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores... (6ª edição). Lisboa: Paulus editora.
- Marques, C. (2010). A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal. Tese. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3321/1/609234_Tese.pdf em 8 de Julho de 2012.
- Martins, M. & Melo, J. (2008). Emoção... Emoções... Que implicações para a saúde e Qualidade de vida?... *Revista Millenium do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 34, p.125-148. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/10.pdf> em 20 de Março de 2012.
- McCloskey, J. & Bulechek, G. (2004): Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). (3ª edição). Porto Alegre: Artmed editora.
- Ministério da Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- OE (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: Edição ordem dos enfermeiros.
- OE (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Serie I. Número 1. Edição Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2009a). Código deontológico do enfermeiro. Inserido no estatuto na OE republicado como anexo pela lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Documento da Ordem dos enfermeiros.
- OE (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf em 31 de Outubro de 2011.
- OE (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido em <http://>

www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf em 31 de Outubro de 2011.

OE (2011a). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf> em 19 de Outubro de 2013.

OE (2011b). Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde. Indicadores e valores de referência. Ministério da saúde/Ordem dos Enfermeiros. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/MSeOEchegamaacordosobredotacoesparaosservicosdesaude.aspx> em 25 de Julho de 2012.

Oliveira, A. & Alessi, N. (2003). O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades actuais. *Revista Latino-americana*. vol. 3 (nº 11). Acedido em <http://www.scielo.br> em 6 de Junho de 2007.

OMS (2002). Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. 1ª edição. Lisboa. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde.

Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento – Um guia prático para os profissionais de saúde (2ª edição). Camarate: Lusociência.

Pereira, M. & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista portuguesa de saúde pública*, 29 (1), 3-10. Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v29n1/v29n1a02.pdf> em 23 de Setembro de 2013.

Peretti, J. M. (2007). Recursos Humanos (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Pérsico, L. (2011). Guia da inteligência emocional. Lisboa: Bertrand.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Pinto, A., Soares, I. (2010). Sistemas de Gestão da Qualidade – guia para a sua implementação (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pratt, R. (2004). Art, dance and music therapy. *Physical Medicine Rehabilitation Clinics of North America*. 15, 827–841. Elsevier Saunders.
- Queirós, A. A.; Silva, L.; Santos, E. (2000). *Educação em Enfermagem*; Coimbra: editora Quarteto.
- Queiroz, E. & Araujo, T. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Revista Paidéia*. Vol. 19, nº. 43, 177-187. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/05.pdf> em 30 de Janeiro de 2014.
- Ramos, M. (2008). O agir interventivo e a pesquisa-ação. In Marra, M. Fleury, H. (Orgs.). *Grupos: intervenção sócioeducativa e método sóciopsicodramático*. São Paulo: Ágora.
- Rangé, B. (2011). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria (2ª edição)*. Porto Alegre: Artmed.
- Rebelo, L. (2007). Genograma familiar. O bisturi do médico de Família. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23, 309-17.
- Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa; *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (2), 77-99. Acedido em <http://paisribeiro.googlepages.com/JRibeiro-77-99.pdf> em 20 de Março de 2012.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação Psicológica em Saúde: Instrumentos Publicados em Português (1ª edição)*. Editora Quarteto.
- Ribeiro, J.; Honrado, A & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Revista Psicologia, Saúde & doenças*. 5 (2), 229-239. Acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf> em 29 de março de 2012.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem (4ª edição)*. Loures: Lusociência.
- Roldão, V. S., Ribeiro, J. S. (2007). *Gestão das operações – uma abordagem integrada*. Edições Monitor - Coleção manuais de gestão.

- Rosado, R. (2005, Novembro). Cuidar a pessoa com dor *In: Jornadas do núcleo de enfermagem médico-cirúrgica e reabilitação. Cuidar em Oncologia. Évora: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.*
- Sachs, M.; Cañizares, P; Aranha, V. & Lucia, M. (2009). Arteterapia e trabalho corporal no cuidado com cuidadores – relato de experiência. III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia – subjetividade, cultura e poder. Acedido em http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-108.pdf xxxx em 24 de Janeiro de 2012.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2007). *Compêndio de Psiquiatria – ciência do comportamento e psiquiatria clínica (9ª edição).* São Paulo: Artmed.
- Seixo, J. M. (2007). *Gestão do Desempenho (4ª edição).* Lisboa: Lidel – edições técnicas.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. (1ª Edição).* Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, D. & Silva, E. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Revista Millenium do Instituto Politécnico de Viseu*, 30, 103-118.
- Silva, S. & Carochinho, A. (2005, Novembro). A massagem no alívio da dor. *In: Jornadas do núcleo de enfermagem médico-cirúrgica e reabilitação. Cuidar em Oncologia. Évora: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.*
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias activas (Arte-terapias).* Coleção Biblioteca do educador. Lisboa. Livros Horizonte.
- Stolk, C.; Staetsky, E.; Hassan, E. & Kim, C. (2012). Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). European Risk Observatory – Report. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA).
- Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – princípios e prática (6ª edição).* Porto Alegre: Artmed editora.

- Tavares, C. (2005). A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. Texto e contexto Enfermagem [online]. Volume 14, nº 3, pg. 403-140. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a12.pdf> em 1 de Julho de 2012.
- Taylor, C. (1992). Fundamentos de enfermagem psiquiátrica (13ª edição). Porto alegre: Artes médicas.
- Taylor, S. (2004). Dorothea E. Orem - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In Tomey, A. & Alligood, M. (2004) Teóricas de enfermagem e suas obras (modelos e teorias de enfermagem.) (5ª edição). Loures: Lusociência.
- Tomás. C. (2011). Riscos Psicossociais e Clima Organizacional: *Burnout* nos enfermeiros que cuidam de Toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. volume 17. Nº 2, p. 23-30.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência (6ª edição). Loures: Lusociência.
- Trzepacz, P. & Baker, R.(2001). Exame Psiquiátrico do Estado Mental. Lisboa: Climepsi.
- Valente, I. (2002). Autoconceito em estudantes de enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Valladares, A. C. Lappann-Botti, N. Mello, R. Kantorski, L. P. Scatena, M. C. (2003). Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5, n. 1. Acedido em <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/768/851> em 13 de Abril de 2012.
- Vaz, F. & Vasco, A. (*in press*). Tese de doutoramento: Escala de Expressão Emocional.
- Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.
- Watson, S. & Hawkins, C. (2007). Dual Diagnosis – Good Practice Handbook. London: Turning Point.

WHO. (2004). Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2011). Mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization.

Yalom, I. D. (2006). Psicoterapia de grupo – teoria e prática (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Exm^o. Senhor Dr. Carlos Sá
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Oeste Norte

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação e aplicação de instrumentos de recolha de dados.

Eu, Carla Alexandra Calisto Matias, enfermeira, a frequentar o 3^o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Leiria, e a realizar o ensino clínico deste curso no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Oeste Norte – Caldas da Rainha, venho por este meio solicitar a Vossa Ex.^a autorização para realização de um estudo de investigação intitulado “Grupo *Comunic’Arte* como ferramenta terapêutica na promoção da saúde mental e expressão emocional da pessoa com perturbação psíquica.”

Neste estudo são salvaguardadas as questões éticas inerentes à metodologia de investigação científica, conforme descrito no projeto.

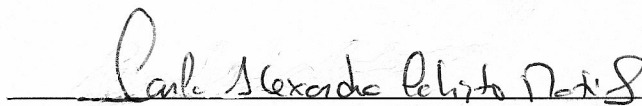
Em anexo, envia-se o consentimento informado, o questionário e o projeto de investigação.

Agradeço desde já toda a atenção dispensada e subscrevo com toda a estima e consideração.

Tomem conhecimento
e aprovo
o referido
estudo
Carla Alexandra Calisto Matias
22/3/2012

Pede deferimento,

Caldas da Rainha, 20 de Março de 2012



(Carla Alexandra Calisto Matias)

• **RE: MHI - pedido de autorização**

3/20/2012

José Luis Pais Ribeiro

To Carla Matias

From: **José Luis Pais Ribeiro** (jlpr@fpce.up.pt)

Sent: Tuesday, March 20, 2012 9:01:32 AM

To: Carla Matias (carla.ac.matias@hotmail.com)

Autorizo a utilização da escala.

Informo que há um manual que pode ser comprado em formato digital e que é vendido pela editora placebo

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Carla Matias [carla.ac.matias@hotmail.com]

Enviado: segunda-feira, 19 de Março de 2012 21:48

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: MHI - pedido de autorização

Boa noite Dr. José Pais Ribeiro.

O meu nome é Carla Matias, sou enfermeira e encontro-me a realizar a Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela Escola Superior de Saúde de Leiria. Neste âmbito estou a desenvolver um estudo de investigação intitulado "Grupo *ComunicArte* como ferramenta terapêutica na promoção da saúde mental, bem-estar e expressão emocional da pessoa com perturbação psíquica."

Pelo que venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do "Inventário de Saúde Mental", por si adaptado para a população portuguesa, no presente estudo.

Manifesto a minha disponibilidade para a divulgação dos resultados obtidos se assim o desejar e agradeço, desde já, a colaboração.

Cumprimentos,

Carla Matias

• **Re: pedido de autorização escala - EEMB**

3/22/2012

Sara Otilia Marques Monteiro

To Carla Matias

From: **Sara Otilia Marques Monteiro** (smonteiro@ua.pt)

Sent: Thursday, March 22, 2012 4:40:02 PM

To: **Carla Matias** (carla.ac.matias@hotmail.com)

1 attachment

EMMBEP.doc (48.5 KB)

Boa tarde,

Conforme solicitado, envio em anexo a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico, tendo a minha permissão para a utilizarem na vossa apresentação.

Indico também quatro referências importantes:

- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'É.M.M.B.E.P. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.

- Monteiro, S. (2008). Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior: Relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da escala de medida de manifestação de bem-estar. In I. Leal, J. L. Ribeiro e S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.

- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (in press). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários - EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças*.

Gostaria que obter informação posterior acerca dos resultados obtidos.

Estou disponível para mais informações.

Com os melhores cumprimentos,
Sara Monteiro

Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada

Universidade de Aveiro
Departamento de Educação
Campus Universitário de Santiago
3810-193 Aveiro (Portugal)

• **RE: pedido de autorização escala - EEMB**

3/20/2012

Anabela Pereira

To 'Carla Matias', smonteiro@ua.pt

From: **Anabela Pereira** (anabelapereira@ua.pt)

Sent: Tuesday, March 20, 2012 11:44:55 AM

To: 'Carla Matias' (carla.ac.matias@hotmail.com); smonteiro@ua.pt

Estimada Dra Carla

Da minha parte está autorizada. Contudo e atendendo que a Doutora SARA Monteiro é a principal e primeira autora deste instrumento , deverá para o efeito ter o consentimento dela

Com os melhores cumprimentos

Anabela Pereira

De: Carla Matias [mailto:carla.ac.matias@hotmail.com]

Enviada: segunda-feira, 19 de Março de 2012 21:41

Para: smonteiro@ua.pt; anabelapereira@ua.pt

Assunto: pedido de autorização escala - EEMB

Boa noite Dr.^a Sara Monteiro e Dr.^a Anabela Pereira.

O meu nome é Carla Matias, sou enfermeira e encontro-me a realizar a Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela Escola Superior de Saúde de Leiria. Neste âmbito estou a desenvolver um estudo de investigação intitulado "Grupo *ComunicArte* como ferramenta terapêutica na promoção da saúde mental, bem-estar e expressão emocional da pessoa com perturbação psíquica."

Pelo que venho por este meio solicitar autorização para a utilização da "Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar", por vós adaptada para a população portuguesa.

Manifesto a minha disponibilidade para a divulgação dos resultados obtidos se assim o desejarem e agradeço, desde já, a colaboração.

Cumprimentos,

Carla Matias

• **Re: escala expressão emocional**

3/29/2012

Antonio Vasco

To Carla Matias

From: **Antonio Vasco** (brancov@netcabo.pt)

Sent: Thursday, March 29, 2012 11:08:42 AM

To: Carla Matias (carla.ac.matias@hotmail.com)

Olá Filipa,

Desculpas pelo atraso! Agradecia que fizesse o pedido à Filipa Machado Vaz - filipamachadovaz@gmail.com

Com votos de felicidades, atenciosamente, AB Vasco

On Mar 19, 2012, at 9:32 PM, Carla Matias wrote:

Boa noite Dr. António Branco Vasco.

O meu nome é Carla Matias, sou enfermeira e encontro-me a realizar a Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela Escola Superior de Saúde de Leiria.

Neste âmbito estou a desenvolver um estudo de investigação intitulado "Grupo *ComunicArte* como ferramenta terapêutica na promoção da saúde mental e expressão emocional da pessoa com perturbação psíquica."

Pelo que venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização da "Escala de Expressão Emocional", por si adaptada para a população portuguesa, solicitando também os dados necessários à utilização da escala (quais os itens de cotação invertida e significados da pontuação obtida.)

Manifesto a minha disponibilidade para a divulgação dos resultados obtidos se assim o desejar e agradeço, desde já, a colaboração.

Cumprimentos,

Carla Matias

CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro utente,

O presente estudo de investigação encontra-se integrado no 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Leiria da aluna e enfermeira Carla Alexandra Calisto Matias e tem como objetivo avaliar a eficácia do Grupo *ComunicAr'te* como ferramenta terapêutica na promoção da saúde mental e expressão emocional da pessoa com afetação da sua saúde mental.

Deste modo pretende-se, caracterizar o nível de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional dos utentes integrados no Grupo "*ComunicAr'te*" através da aplicação de um questionário. E, de modo a avaliar se a intervenção em grupo confere melhorias nos indicadores referidos, o mesmo questionário será aplicado antes da intervenção terapêutica, após as 12 semanas do início do grupo terapêutico e no fim do mesmo.

A sua opinião é muito importante! Não existem respostas certas nem erradas mas apenas as opiniões de cada um, isto não é um teste.

As respostas são confidenciais e anónimas e destinam-se a fins de investigação científica, pelo que não deverá escrever o seu nome no questionário ou em outro dado que o identifique, exceto nesta folha de consentimento informado.

No entanto deverá identificar os questionários utilizando o código que lhe foi atribuído inicialmente. O mesmo código deverá ser utilizado nos três questionários permitindo a análise comparativa dos dados, antes, durante e após a intervenção.

O questionário é constituído por questões de caracterização geral, de Saúde mental (Inventário de Saúde mental, de Pais Ribeiro), de Bem-estar (Escala medida de manifestação de bem-estar, de Monteiro, Tavares e Pereira) e de expressão emocional (escala de expressão emocional, de Machado Vaz e Branco Vasco).

Obrigado pela colaboração.

Eu, _____, aceito participar no referido estudo.

Código:

Caro utente,

Este questionário tem como objetivo caracterizar os níveis de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional e avaliar a eficácia do grupo ComunicAr'te na melhoria destas três variáveis.

A sua participação é muito importante para nós. Pedimos, por favor, que responda com sinceridade. Não existem respostas certas nem erradas, apenas as suas respostas honestas importam.

As respostas são confidenciais e anónimas e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica. Pedimos que não escreva o seu nome no questionário, e que o identifique apenas com o código inicialmente atribuído.

Dados clínicos e sociodemográficos

1-	Idade: _____
2-	Género: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
3-	Estado civil: solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> união de facto <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/>
4-	Residência: aldeia <input type="checkbox"/> vila <input type="checkbox"/> cidade <input type="checkbox"/>
5-	Concelho de residência: Caldas da Rainha <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> - Qual? _____
6-	Habilitações: sem habilitação <input type="checkbox"/> 1º ciclo (até 4ºano) <input type="checkbox"/> 2º ciclo (até 6ºano) <input type="checkbox"/> 3º ciclo (até 9ºano) <input type="checkbox"/> Secundário (até 12ºano) <input type="checkbox"/> Ensino Universitário <input type="checkbox"/>
7-	Situação laboral: Empregado <input type="checkbox"/> - Qual a profissão? _____ Reformado <input type="checkbox"/> - Motivo? _____ Desempregado <input type="checkbox"/> - Há quanto tempo? _____
8-	Diagnóstico(s)/Problema(s) de saúde: _____ _____

Escala de Expressão Emocional

Kring, Smith & Neale, 1994; versão portuguesa Machado Vaz & Branco Vasco, 2010

Instruções: As seguintes afirmações referem-se a si e às suas emoções.

De acordo com a seguinte escala, por favor selecione o número que melhor o descreve o que acontece consigo.

1	2	3	4	5	6
Nunca Verdadeiro	Raramente Verdadeiro	De vez em quando verdadeiro	Frequentemente Verdadeiro	Quase Sempre Verdadeiro	Sempre verdadeiro

1	Eu não expesso as minhas emoções às outras pessoas	1	2	3	4	5	6
2	Mesmo quando estou a experienciar fortes emoções, não as expesso exteriormente.	1	2	3	4	5	6
3	As outras pessoas creem que sou muito emocional.	1	2	3	4	5	6
4	As pessoas conseguem “ler” as minhas emoções.	1	2	3	4	5	6
5	Guardo os meus sentimentos para mim.	1	2	3	4	5	6
6	As outras pessoas não são facilmente capazes de observar o que estou a sentir.	1	2	3	4	5	6
7	Exponho as minhas emoções às outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
8	As pessoas pensam em mim como uma pessoa não emocional.	1	2	3	4	5	6
9	Eu não gosto de deixar que as outras pessoas percebam a forma como me estou a sentir.	1	2	3	4	5	6
10	Não consigo esconder a forma como me estou a sentir.	1	2	3	4	5	6
11	Não sou muito expressiva emocionalmente.	1	2	3	4	5	6
12	Frequentemente os outros consideram-me como sendo uma pessoa indiferente.	1	2	3	4	5	6
13	Sou capaz de chorar em frente a outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
14	Mesmo quando me estou sinto muito emocionado (a), não deixo que os outros percebam os meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
15	Eu considero-me emocionalmente expressivo(a).	1	2	3	4	5	6
16	A forma como me sinto é diferente de como os outros pensam que eu me sinto.	1	2	3	4	5	6
17	Não expesso os meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6

Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar (EMMB)

Massé et. al, 1998; versão Portuguesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006

Instruções: Leia cada uma das questões e faça um círculo à volta do número que melhor o caracterizar, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

Durante o último mês:						
1	Senti-me confiante.	1	2	3	4	5
2	Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.	1	2	3	4	5
3	Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.	1	2	3	4	5
4	Senti-me útil.	1	2	3	4	5
5	Senti-me emocionalmente equilibrado.	1	2	3	4	5
6	Fui verdadeiro comigo próprio.	1	2	3	4	5
7	Vivi a um ritmo normal, não tendo feito nada excessivamente.	1	2	3	4	5
8	A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas	1	2	3	4	5
9	Tive objetivos e ambições.	1	2	3	4	5
10	Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.	1	2	3	4	5
11	Envolvei-me em vários projetos.	1	2	3	4	5
12	Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas atividades e passatempos preferidos.	1	2	3	4	5
13	Ri-me com facilidade.	1	2	3	4	5
14	Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.	1	2	3	4	5
15	Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.	1	2	3	4	5
16	Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
17	Fui capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.	1	2	3	4	5
18	Perante situações complexas, fui capaz de resolver com clareza.	1	2	3	4	5
19	Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.	1	2	3	4	5
20	Estive bastante calmo.	1	2	3	4	5

21	Tive a impressão de realmente gostar de viver a vida ao máximo.	1	2	3	4	5
22	Senti-me bem, em paz comigo próprio.	1	2	3	4	5
23	Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento.	1	2	3	4	5
24	A minha moral esteve boa.	1	2	3	4	5
25	Senti-me saudável e em boa forma.	1	2	3	4	5

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Brook et al., 1979; versão Portuguesa: Pais Ribeiro, 2001.

Instruções: Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinando num dos retângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?					
Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?					
Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso

9- SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?					
Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido	

10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca

11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?					
Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso

15 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

17- 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

18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

19- 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

20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

23 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?					
Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado

26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

27- 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

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?					
Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca	

29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

32 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?					
Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma

34- 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

35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado

37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?					
Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca

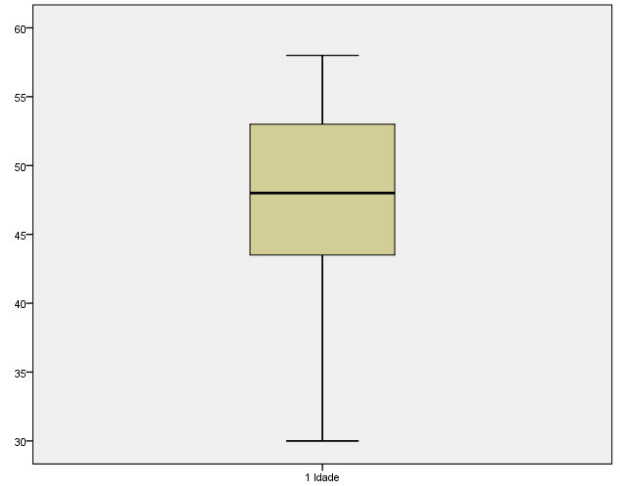
38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?					
Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma

Obrigada pela colaboração.

Caule e folhas e caixas de bigodes

Frequência	Caule &	Folhas
1,00	3 .	0
,00	3 .	
2,00	4 .	34
1,00	4	. 8
2,00	5 .	33
1,00	5 .	8

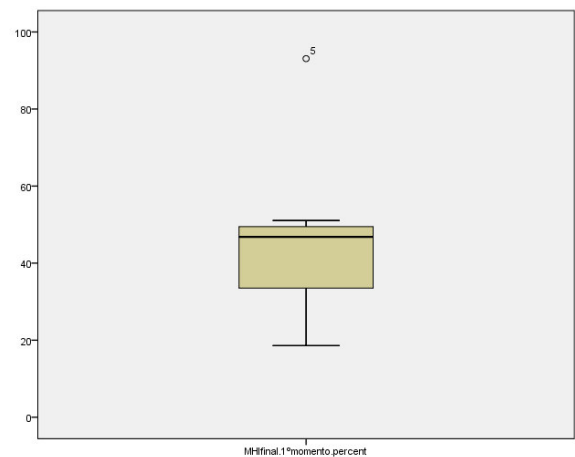
Caule e folhas – idade



Caixa de bigodes – idade

Frequência	Caule &	Folhas
1,00	1	8
,00	2	
2,00	3	15
2,00	4	67
1,00	5	1
1,00	Extremos (>=93)	

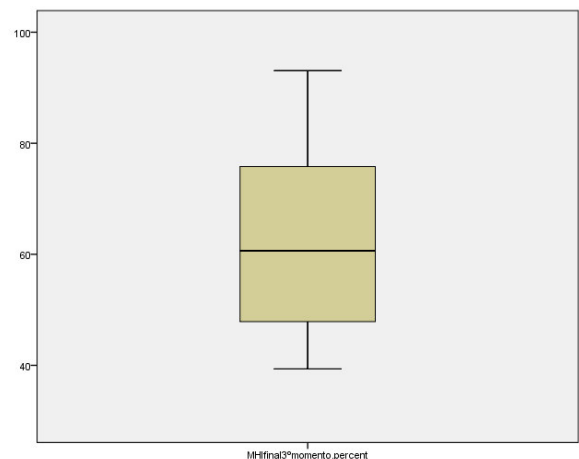
Caule e folhas – MHI 1º momento



Caixa de bigodes – MHI 1º momento

Frequência	Caule &	Folhas
1,00	3	9
2,00	4	69
,00	5	
1,00	6	0
2,00	7	29
,00	8	
1,00	9	3

Caule e folhas – MHI 3º momento

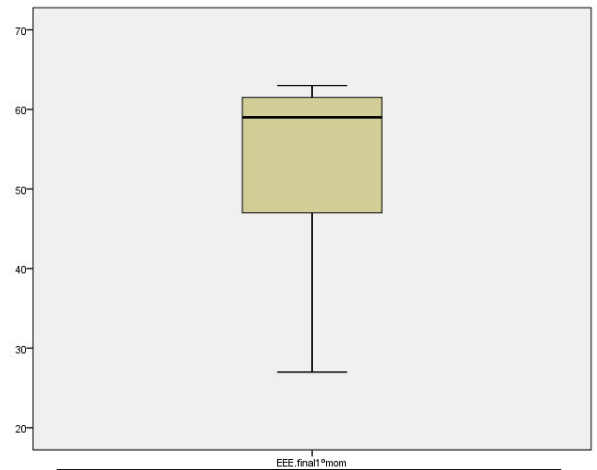


Caixa de bigodes – MHI 3º momento

Caule e folhas e caixas de bigodes

Frequência	Caule &	Folhas
1,00	2	7
,00	3	
1,00	4	2
2,00	5	9
3,00	6	123

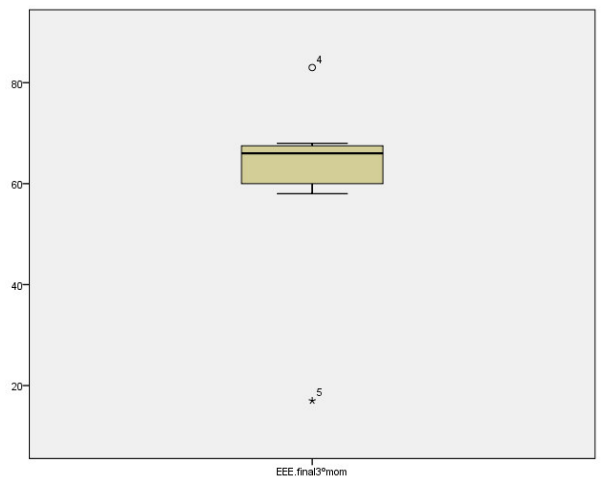
Caule e folhas – EEE 1º momento



Caixa de bigodes – EEE 1º momento

Frequência	Caule &	Folhas
1,00	extremos	(=<17)
1,00	5	8
1,00	6	2
3,00	6	678
1,00	extremos	(>=83)

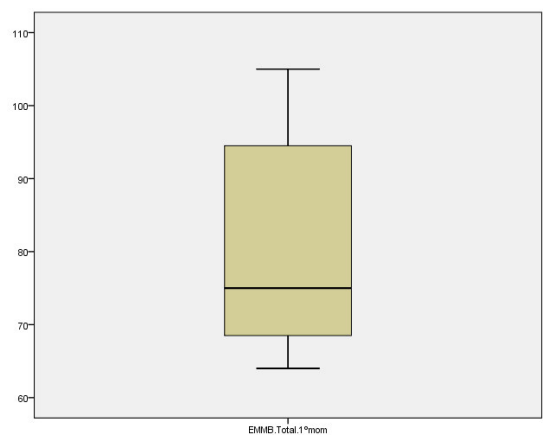
Caule e folhas – EEE 3º momento



Caixa de bigodes – EEE 3º momento

Frequência	Caule &	Folhas
3,00	6	489
1,00	7	5
,00	8	
2,00	9	09
1,00	10	5

Caule e folhas – EMMB 1º momento

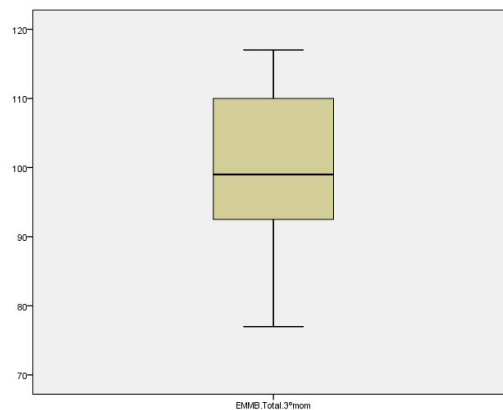


Caixa de bigodes – EMMB 1º momento

Caule e folhas e caixas de bigodes

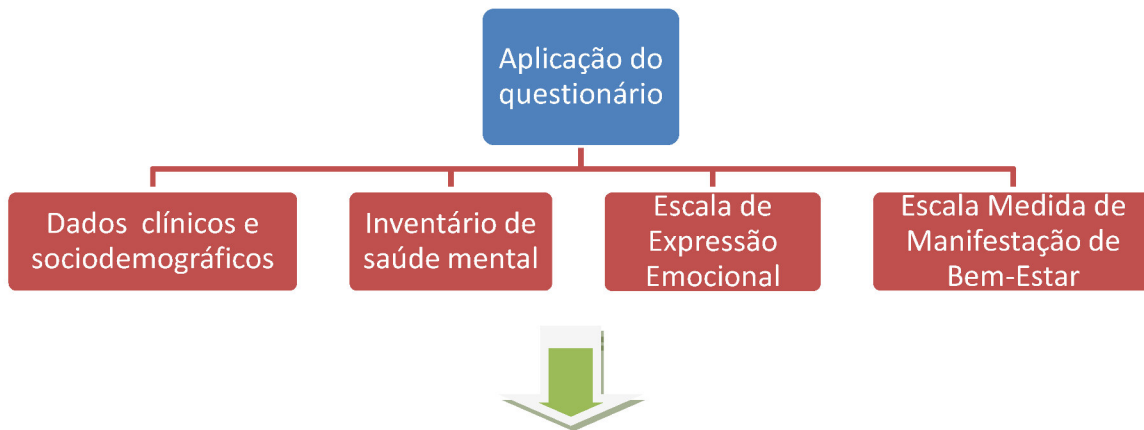
Frequência	Caule &	Folhas
1,00	7	7
1,00	8	8
2,00	9	79
1,00	10	8
2,00	11	27

Caule e folhas – EMMB 3º momento



Caixa de bigodes – EMMB 3º momento

Desenho do estudo:



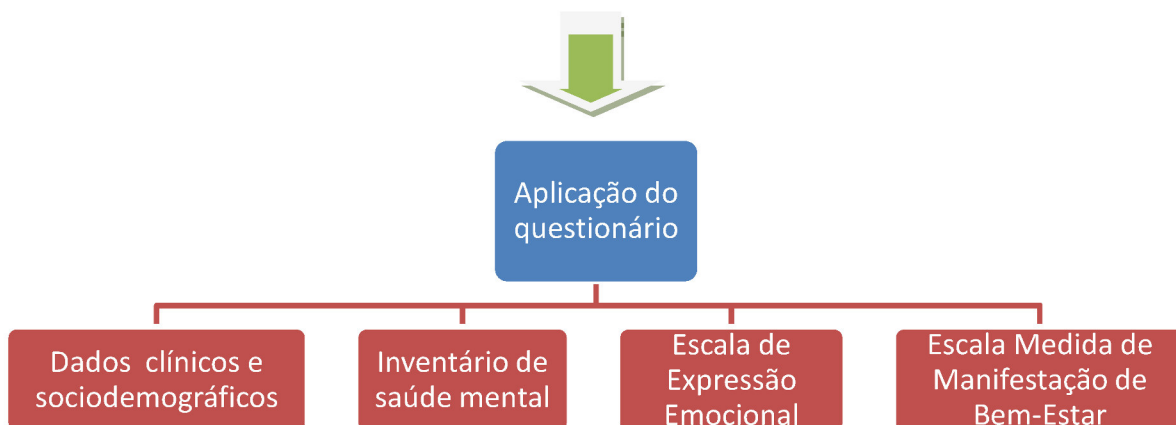
Nº de sessões: 21 sessões

Espaçamento entre sessões: 7 dias

Duração de cada sessão: 90 min

Nº de participantes: máximo 20

Tipo de intervenção: intervenção em grupo



Desenho do estudo:

Planeamento da sessão/intervenção					
Tipo de intervenção:	Sessão 0 – Introdução ao grupo.				
Local de realização:	CHON – edifício do Hospital Termal;	Data:	17 de Abril de 2012	Duração:	60 -90 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uma grande parte do êxito ou insucesso no trabalho com grupos depende das características pessoais dos participantes e da sua disponibilidade para este tipo de atividades, motivo pela qual se justifica a realização de entrevistas preliminares a cada um dos participantes antes do início do trabalho (Manes, 2005). ✓ O primeiro encontro do grupo é um momento fundamental, tanto para cada um dos participantes como para o funcionamento geral do grupo. Cada elemento traz consigo as suas próprias experiências de vida em grupo e de relacionamento interpessoal, as quais vão influenciar o seu comportamento e perceção dos outros e do grupo, pelo que se torna importante neste momento estabelecer as normas internas (Manes, 2005). 				
Objetivos Gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação dos objetivos do grupo; ✓ Esclarecimento de dúvidas e avaliação das expetativas e da disponibilidade de cada elemento relativamente ao grupo; ✓ Expressar interesse e empatia e criara sintonia com o grupo. 				
Seleção dos participantes:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utentes selecionados pelos terapeutas de cada utente da equipa de psiquiatria e saúde mental, segundo os seguintes critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> - Estar em seguimento no Departamento de Saúde Mental do CHON; 				

	<ul style="list-style-type: none"> -Ter perturbação psíquica; -Manifestar dificuldade na expressão emocional, e diminuição dos níveis de saúde mental e bem-estar; -Ter idade superior a 18 anos e serem competentes para dar consentimento informado; -Ter capacidade de compreensão dos conteúdos do questionário; -Ter capacidade física e mental para o desempenho das terapias planeadas; -Inexistência de qualquer contra-indicação à realização das terapias planeadas. <p>✓ Grupo fechado – não haverá entrada de outros utentes para o grupo, após o início do mesmo.</p>		
Métodos e técnicas:	Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação dos objetivos do grupo: <ul style="list-style-type: none"> - terapia de grupo que tem como objetivo melhorar os níveis de saúde mental, de bem-estar e de expressão emocional através de vias não verbais – com a utilização de técnicas artísticas (pintura, desenho, escrita, etc..) ✓ Apresentação dos terapeutas do grupo; ✓ Clarificação dos objetivos e conteúdos das sessões terapêuticas. ✓ Avaliação das expectativas relativamente ao grupo ComunicAr'te. ✓ Entregar panfleto informativo sobre o grupo. ✓ Esclarecimento de regras gerais: <ul style="list-style-type: none"> - é um grupo fechado – não havendo entrada de novos elementos além dos selecionados inicialmente (quer técnicos, quer utentes). - questões de confidencialidade – tudo o que é dito no grupo é confidencial, não deverá ser comentado fora dele; 	<p>Serviço de psiquiatria e saúde mental</p>	<p>60 a 90 minutos</p>	<p>Panfleto informativo - ComunicAr'te.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilidade de justificar a presença na terapia, a quem necessitar. ✓ Utentes não isentos estarão sujeito ao pagamento de taxas moderadoras (1,80 €/sessão). ✓ Introdução à componente de investigação do grupo ComunicAr'te. ✓ Explicar os objetivos e importância da realização da investigação. ✓ Elucidar que a participação dos utentes na investigação se prende com o preenchimento de um questionário (antes, entre e após a intervenção). ✓ Elucidar quanto às questões éticas relacionadas com a investigação: <ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de recusar a investigação e de integrar o grupo terapêutico; - Liberdade de desistência e participação; - Minimização do esforço do participante; - Confidencialidade e anonimato; - Possibilidade de acesso aos dados e resultados. ✓ Entregar cartão pessoal ComunicAr'te. ✓ Apresentação do espaço físico onde decorrerá o grupo. ✓ Conclusão da sessão de introdução e de apresentação ao grupo. ✓ Ponte para a 1ª sessão, na próxima semana. 	<p>Antiga lavandaria do hospital.</p>		<p>Cartão pessoal ComunicAr'te.</p>
<p>Bibliografia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projeto de investigação – ComunicAr'te. ✓ Manes (2005). ✓ Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 1 – Quem eu sou?			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	24 Abril 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapia de grupo – aplicação de técnicas psicoterapêuticas a um grupo, inclusive a utilização de interações entre os seus membros (NIC, 2004). ✓ Inicialmente o grupo encontra-se na fase de orientação, em que os participantes se observam mutuamente, prestam atenção aos terapeutas e raramente expõem as próprias ideias e impressões. Sentem-se inseguros, algo agressivos, desconfiados, ... procurando dar aos outros uma determinada imagem de si próprios. Inicialmente tendem a controlar (a relação), e só com o passar do tempo conseguem “aquecer” o clima do grupo. Nos primeiros encontros, é particularmente importante utilizar jogos que suscitem confiança e que rompem o “gelo” inicial (Manes, 2005). ✓ A intervenção de seguida descrita tem como objetivo geral desenvolver a comunicação e a autoconsciência e particularmente desenvolver o conhecimento recíproco no primeiro encontro simultaneamente que estimula o contato com as formas de arte, possibilitando a identificação, apresentação e expressão de si próprio através do (s) objetos (s) escolhidos. 			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação e conhecimento mútuo; ✓ “Aquecimento” do grupo; 			

Métodos e técnicas:	Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação das expectativas dos utentes relativamente ao grupo; ✓ Apresentação dos utentes presentes no grupo pela primeira vez; ✓ Apresentação da utente xx e explicar ao grupo o motivo pela qual não foi apresentado o nome na sessão 0. ✓ Se houver faltas ao grupo, refletir em grupo sobre as cadeiras vazias. ✓ Resumir e esclarecer dúvidas relativamente à sessão anterior; ✓ Apresentação do planeado para esta sessão. ✓ Entregar panfleto informativo sobre o grupo. 	Cadeiras em círculos;	15 min.	Panfleto informativo - ComunicAr'te.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução à atividade de apresentação “Quem eu sou?” ✓ Selecionar um (uns) objeto (s) de arte, de todos os presentes na sala, com o qual se identifiquem. ✓ Cada um apresenta-se a partir do objeto selecionado, e expressa o seu sentir através do objeto (o motivo da escolha, o que sente em relação ao objeto, e em que medida se identifica com ele). ✓ Reflexão conjunta sobre as apresentações. ✓ Avaliação das expectativas para a sessão seguinte. 	Livre, por toda a sala;	10 min.	Objetos do museu; Objetos da sala; Lápis/canetas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflexão conjunta sobre as apresentações. ✓ Avaliação das expectativas para a sessão seguinte. ✓ Introdução ao preenchimento dos questionários de investigação. ✓ Resumo da sessão anterior relativamente à questão da investigação e das taxas moderadoras. 	Cadeiras em círculos;	30 min. 30 min	Questionários Cartão pessoal

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entregar os questionários. ✓ Entregar cartão pessoal ComunicAr'te e explicar o espaço nos cartões dedicado ao registo dos códigos dos questionários. ✓ Introduzido assunto da liberdade de desistência da investigação e da possibilidade de acesso aos dados e resultados. ✓ Preenchimento dos questionários de investigação. ✓ Conclusão da 1ª sessão. 		10 min.	ComunicAr'te.
Bibliografia:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projeto de investigação – ComunicAr'te. ✓ Manes (2005). ✓ NIC (2004). ✓ Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 2 – pintar como me sinto.			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	8 Maio 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Através da expressão artística é proporcionado um espaço para a manifestação de sentimentos, uma abertura para a vida e todas as suas possibilidades (...) (Sachs <i>et al</i>,2009 citando Monteiro, 2009) e “<i>aliada ao trabalho de compreensão intelectual e emocional facilita o processo evolutivo da personalidade com um todo, já que ao dar livre curso às expressões das imagens internas, o ser humano transforma a si mesmo</i>” (Sachs <i>et al</i>,2009 citando Carvalho, 1995). ✓ Ver projeto de investigação. 			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a expressão emocional através da pintura. ✓ Promover a canalização de sentimentos para a via verbal. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução à sessão. ✓ Apresentação dos utentes presentes no grupo pela primeira vez ou que ainda não se conhecem; ✓ Se houver faltas ao grupo, refletir em grupo sobre as cadeiras vazias. ✓ Resumir e esclarecer dúvidas relativamente à sessão anterior. ✓ Resumo da sessão anterior relativamente à questão da investigação e das taxas moderadoras, se necessário. 	Cadeiras em círculo;	15 min.	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do planeado para esta sessão: expressão emocional (o seu sentir no momento) através da pintura e/ou utilização dos materiais disponíveis - lápis de cor, lápis de cera, canetas de feltro, cola, papel de lustro. ✓ Entregar uma folha A3 branca e uma base/placa de madeira para realização dos desenhos. ✓ Elucidar os utentes que não é necessário saber desenhar e que os desenhos não irão ser “avaliados” e que o importante é aquilo que cada um exprime o significado que lhe atribui. 	Livre, dispersos pelas mesas;	40 min.	lápis de cor, lápis de cera, canetas de feltro, cola, papel de lustro
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflexão conjunta sobre as apresentações. ✓ Introdução ao preenchimento dos questionários de investigação. 	Cadeiras em círculos;	30 min.	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conclusão da 2ª sessão. ✓ Entregar os questionários. ✓ Preenchimento dos questionários de investigação. ✓ Entregar cartão pessoal ComunicAr'te e explicar o espaço nos cartões 		5 min. (30 min)	Questionários Canetas

<p>dedicado ao registo dos códigos dos questionários.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir assunto da liberdade de desistência da investigação e da possibilidade de acesso aos dados e resultados. ✓ Entregar panfleto informativo sobre o grupo, a quem não esteve presente na semana anterior. 			<p>Cartão pessoal ComunicAr'te.</p> <p>Panfleto informativo - ComunicAr'te.</p>
<p>Bibliografia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projeto de investigação – ComunicAr'te. ✓ Manes (2005). ✓ Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 3 – representar emoções.			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	22 Maio 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Através da expressão artística é proporcionado um espaço para a manifestação de sentimentos, uma abertura para a vida e todas as suas possibilidades (...) (Sachs <i>et al</i>,2009 citando Monteiro, 2009) e “<i>aliada ao trabalho de compreensão intelectual e emocional facilita o processo evolutivo da personalidade com um todo, já que ao dar livre curso às expressões das imagens internas, o ser humano transforma a si mesmo</i>” (Sachs <i>et al</i>,2009 citando Carvalho, 1995). ✓ Ver projeto de investigação. 			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a expressão emocional através da mimica. ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas. ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções observadas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções pela via verbal. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução à sessão. ✓ Reintroduzir a presença do terapeuta Nuno nas sessões. ✓ Se estiverem utentes presentes nesta sessão que faltaram às duas anteriores, reintroduzir a sua presença no grupo e promover apresentação dos utentes que ainda não se conhecem. ✓ Se houver faltas ao grupo, refletir em grupo sobre as cadeiras vazias, se adequado. ✓ Entregar panfleto informativo sobre o grupo, a quem ainda não foi entregue. ✓ Pedir os questionários de investigação a quem os levou para preencher-xx. ✓ Questionar se os elementos não presentes na sessão anterior desejam participar na investigação. Se sim, no final será entregue o questionário de investigação (para preencher em casa). ✓ Introduzir assunto da liberdade de desistência da investigação e da possibilidade de acesso aos dados e resultados. ✓ Fazer resumo da atividade da sessão anterior e ponte para a sessão atual. ✓ Informar que os desenhos da sessão anterior, serão entregues a quem desejar ficar com eles na próxima sessão. ✓ Apresentação do planeado para esta sessão: <ul style="list-style-type: none"> - representação através de mímica dos sentimentos e emoções que estão descritos nos cartões azuis. ✓ Entregar uma folha A4 branca, uma caneta e uma base/placa de madeira 	<p>Cadeiras em círculos;</p>	<p>15 min.</p>	<p>Panfleto informativo - ComunicAr'te.</p> <p>Folha A4 branca Canetas/lápis Placa de madeira</p>
---	------------------------------	----------------	---

<p>atividade escrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Após as representações (de todos os elementos que o desejaram fazer) os terapeutas recolhem os textos e distribuem-nos aleatoriamente pelos elementos do grupo. ✓ Cada um deve ler e olhar atentamente para o texto, individualmente. ✓ Aleatoriamente, cada um (que o desejar) fala sobre o texto que lhe calhou, dizendo o que sentiu e no sentido de cada um ter uma resposta ao que expôs, como uma solução, uma alternativa... ✓ O grupo deverá refletir em conjunto e ajudar na solução. ✓ Consoante a espontaneidade e expressividade no decorrer da sessão, poderá à descrição/narração dos textos ficar pendente para a próxima sessão. ✓ Conclusão da 2ª sessão e ponte para a sessão seguinte. ✓ Entrega dos questionários de investigação aos elementos que falta preencher, para preencher em casa. Solicitar que o questionário seja preenchido no próprio dia e entregue na próxima semana. ✓ Entregar cartão pessoal ComunicAr'te e explicar o espaço nos cartões dedicado ao registo dos códigos dos questionários, a quem ainda não o tiver. 		<p>30 min. (ou mais)</p> <p>5 min.</p>	<p>Questionário de investigação.</p> <p>Cartão pessoal ComunicAr'te.</p>
<p>Bibliografia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manes (2005). ✓ Sachs <i>et al</i> (2009) ✓ Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção					
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 4 – modelagem.				
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	29 Maio 2012	Duração:	90 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “A Música...<i>Expressão de coisa nenhuma, sem dúvida, se não de uma emoção estética que é tudo, e que o criador transmite e partilha com o auditor. Qua a mensagem seja desprovida de conteúdo preciso, o que conta é a transmissão da experiência vivida, de uma realidade inefável, a comunhão espiritual que daí resulta e o florescimento pessoal que ela favorece</i>” (Stravinsky citado por Ferraz, 2009, p. 127). ✓ “A música está vinculada à emoção, a uma relação entre o corpo e o sentimento. Sendo assim, pode dizer-se que a música é ouvida de várias maneiras. Ouve-se, por exemplo, música quando se pretende e expressar movimentos corporais, externalizar sentimentos, ou ainda pode-se ouvi-la de forma técnica (...)” (Ferraz, 2009, p. 127). ✓ Ver projeto de investigação. 				
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a expressão através da modelagem. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. ✓ Promover o bem-estar através de atividades plásticas e expressivas. 				
Métodos e técnicas:			Espaço:	Tempo:	Recursos:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 20 (15 + 5) cadeiras em círculo. Dispor 5 mesas quadradas, formando uma mesa única. Forrar a mesa com papel autocolante plastificado. ✓ Introdução à sessão. ✓ Avisar que nas duas primeiras sessões do mês de Junho a Dora não estará presente por motivo de férias, e a Mónica não estará presente o mês de Junho por motivos de interrupção dos contratos das psicólogas das equipas comunitárias. ✓ Se houver faltas ao grupo, refletir em grupo sobre as cadeiras vazias, se adequado. ✓ Pedir os questionários de investigação a quem os levou para preencher em casa: -xxx ✓ Se estiverem presentes elementos que faltaram às duas sessões anteriores questionar se desejam participar na investigação. Se sim, no final será entregue o questionário de investigação (para preencher em casa). ✓ Introduzir assunto da liberdade de desistência da investigação e da possibilidade de acesso aos dados e resultados. ✓ Fazer resumo da atividade da sessão anterior e ponte para a sessão atual. ✓ Entregar os desenhos da sessão nº. 2 a quem desejar ficar com eles. ✓ Informar que no caso de não ficarem com os desenhos eles serão anexos ao processo clinico do hospital. 	<p>Cadeiras em círculos;</p> <p>Mesas.</p>	<p>25 min.</p>	<p>Papel para forrar as mesas.</p> <p>Panfleto ComunicAr'te.</p> <p>Desenhos da sessão número 2.</p>
---	--	----------------	--

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 5 – a capa do jornal.			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	5 Junho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a expressão através dos recortes e colagens. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. ✓ Promover o bem-estar através de atividades plásticas e expressivas. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Avisar que o grupo ComunicAr'te se manterá em atividade durante o mês de Junho, apesar da carta que possam ir receber a informar que não existirão terapias de grupos, consultas de psicologia e terapia familiar durante este mês. ✓ Se houver faltas ao grupo, refletir em grupo sobre as cadeiras vazias, se 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min.	

<p>adequado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contextualizar os elementos não presentes na sessão anterior quanto à ausência da Mónica e da Dora. ✓ Se estiverem presentes elementos que faltaram às três sessões anteriores questionar se desejam participar na investigação. Se sim, no final será entregue o questionário de investigação (para preencher em casa). ✓ Introduzir assunto da liberdade de desistência da investigação e da possibilidade de acesso aos dados e resultados. ✓ Fazer resumo da atividade da sessão anterior (modelagem) e ponte para a sessão atual. ✓ Entregar os desenhos da sessão nº 2 a quem desejar ficar com eles. ✓ Informar que no caso de não ficarem com os desenhos eles serão anexos ao processo clínico do hospital. ✓ Apresentação do planeado para esta sessão: <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração da 1ª página/capa do jornal através de recortes e colagens de jornais, revistas, material impresso... - Utilizar uma folha A3 para construir o jornal. Nas páginas do interior quem quiser pode aproveitar para construir ou escrever uma notícia. - o tema do jornal e das notícias escolhidas são livres à escolha de cada participante. ✓ Está programado que toda a sessão seja dedicada à construção do jornal. ✓ Orientar o grupo para que de forma espontânea se partilhem as notícias. 		70 min.	<p>Desenhos da sessão número 2.</p> <p>Folhas A3 Jornais Revistas Outro material impresso Tesouras</p>
---	--	---------	--

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se a atividade for demorada esta partilha passará para a semana seguinte. ✓ Início da atividade. ✓ Colocar musica ambiente. ✓ Os terapeutas também participam na atividade. ✓ Conclusão da 5ª sessão e ponte para a sessão seguinte. ✓ Entregar panfleto informativo sobre o grupo, a quem ainda não foi entregue. ✓ Entrega dos questionários de investigação aos elementos que falta preencher, para preencher em casa. Solicitar que o questionário seja preenchido no próprio dia e entregue na próxima semana. ✓ Entregar cartão pessoal ComunicAr'te e explicar o espaço nos cartões dedicado ao registo dos códigos dos questionários, a quem ainda não o tiver. ✓ Fotografar os trabalhos. 		5 min.	<p>Canetas Lápis Cola</p> <p>Cd de música Ficha musical nº 3</p> <p>Panfleto ComunicAr'te. Questionário de investigação. Cartão pessoal ComunicAr'te.</p> <p>Máquina fotográfica</p>
Bibliografia:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projeto de investigação – ComunicAr'te. ✓ Ferraz (2009) ✓ Manes (2005) ✓ Sachs <i>et al</i> (2009) ✓ Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 6 – Desejos e aspirações futuras – escrita livre (1ª sessão).			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	12 Junho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a expressão através da escrita; ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Dispor o material para a sessão nas mesas, fora do círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Se estiverem presentes utentes que não foi possível contactar telefonicamente, e que não estiveram presentes na última sessão, avisar que o grupo ComunicAr'te se manterá em atividade durante o mês de Junho, apesar da carta que possam ir receber a informar que não existirão 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min.	

<p>terapias de grupos, consultas de psicologia e terapia familiar durante este mês.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar feedback sobre os contactos telefónicos – motivos de ausência, etc... ✓ Se houver faltas ao grupo, refletir em grupo sobre as cadeiras vazias, se adequado. ✓ Se estiverem presentes elementos que faltaram às três sessões anteriores questionar se desejam participar na investigação. Se sim, no final será entregue o questionário de investigação (para preencher em casa). ✓ Introduzir assunto da liberdade de desistência da investigação e da possibilidade de acesso aos dados e resultados. ✓ Fazer resumo da atividade da sessão anterior (1ª página do jornal) e ponte para a sessão atual. ✓ Apresentação do planeado para esta sessão: <ul style="list-style-type: none"> - através da escrita livre, escrever na folha de papel os desejos e aspirações futuras. Registrar como eu sou agora e como gostava de ser/estar daqui a um ano... ✓ Início da atividade. ✓ Os terapeutas também participam na atividade. ✓ Após a escrita os terapeutas recolhem os textos e distribuem-nos aleatoriamente pelos elementos do grupo. ✓ Cada um deve ler e olhar atentamente para o texto, individualmente. ✓ Aleatoriamente, cada um (que o desejar) fala sobre o texto que lhe calhou, 		30 min.	Folhas A4 Canetas Lápis Pranchetas de madeira
--	--	---------	--

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 7 – Desejos e aspirações futuras – escrita livre (2ª sessão).			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	19 Junho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a expressão através da escrita; ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. ✓ Promover o bem-estar através de atividades plásticas e expressivas. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Distribuir os textos da sessão anterior de forma aleatória logo no início da sessão. ✓ Fazer resumo da atividade da sessão anterior (escrita livre sobre “o que quero/ como quero ter/estar daqui a um ano”) e dar continuidade a sessão anterior. 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min.	Textos da sessão nº 6.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Após a distribuição, cada um deve ler e olhar atentamente para o texto, individualmente, e conforme deseje expressar-se sobre o texto que lhe calhou, dizendo o que sentiu e no sentido de cada um ter uma resposta ao que expôs, como uma solução, uma alternativa... ✓ O grupo deverá refletir em conjunto e ajudar na solução. ✓ Se estiverem elementos presentes nesta sessão que não estiveram na anterior deverão ser integrados e incentivados a participar. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Pedir os questionários de investigação a quem o levou para preencher em casa: <ul style="list-style-type: none"> - xx; - xx. ✓ Conclusão da 6ª sessão e ponte para a sessão seguinte. ✓ Digitalizar os trabalhos. 		<p style="text-align: center;">60 min</p> <p style="text-align: center;">.</p> <p style="text-align: center;">15 min.</p>	
Bibliografia:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projeto de investigação – ComunicAr'te. ✓ Ferraz (2009) ✓ Manes (2005) ✓ Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 8 – Desejos e aspirações futuras – escrita livre (3ª sessão).			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	26 Junho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a expressão através da escrita e discussão livre; ✓ Promover bem-estar e expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
Levar justificações de presença. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Distribuir os textos da sessão nº 6 de forma aleatória logo no início da sessão. ✓ Fazer resumo da atividade da sessão anterior – diálogo com base nos textos de escrita livre sobre “o que quero/ como quero ter/estar daqui a um 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min.	Textos da sessão nº 6.

<p>ano.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Após a distribuição, cada um deve ler e olhar atentamente para o texto, individualmente, e conforme deseje expressar-se sobre o texto que lhe calhou, dizendo o que sentiu e no sentido de cada um ter uma resposta ao que expôs, como uma solução, uma alternativa... em continuidade à sessão anterior. ✓ O grupo deverá refletir em conjunto e ajudar na solução. ✓ Se estiverem elementos presentes nesta sessão que não estiveram na anterior deverão ser integrados e incentivados a participar. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 6ª sessão e ponte para a sessão seguinte. ✓ Digitalizar os trabalhos. 		<p>60 min</p> <p>.</p> <p>15 min.</p>	
<p>Bibliografia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projeto de investigação – ComunicAr’te. ✓ Ferraz (2009) ✓ Manes (2005) ✓ Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 9 – [O presente de Natal] Diálogo.			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	3 Julho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os comentários acerca dos presentes, ajuda os membros do grupo a falarem sobre a posição que ocupam na família e sobre as necessidades afetivas pessoais (Manes, 2005). O facto de haver a utilização de diversos materiais à escolha de cada elemento permite que cada um se expresse da forma que é para si mais fácil e/ou agradável. ✓ Atividade adaptada dos jogos psicológicos de Manes (2005). ✓ Ver projeto de investigação. 			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 10 – O presente de Natal (1).			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	10 Julho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os comentários acerca dos presentes, ajuda os membros do grupo a falarem sobre a posição que ocupam na família e sobre as necessidades afetivas pessoais (Manes, 2005). O facto de haver a utilização de diversos materiais à escolha de cada elemento permite que cada um se expresse da forma que é para si mais fácil e/ou agradável. ✓ Atividade adaptada dos jogos psicológicos de Manes (2005). ✓ Ver projeto de investigação. 			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Disponibilizar 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. Fazer resumo do conteúdo da sessão anterior. ✓ Introdução à atividade preparada – o presente de Natal. ✓ Solicitar ao grupo a preparação do espaço físico com as mesas e os materiais no centro. 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min.	Justificações de presença. Folhas A4 e A3 brancas e de cor Lápis- cor e cera

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 11 – O presente de Natal (2ª sessão).			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	17 Julho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os comentários acerca dos presentes, ajuda os membros do grupo a falarem sobre a posição que ocupam na família e sobre as necessidades afetivas pessoais (Manes, 2005). O facto de haver a utilização de diversos materiais à escolha de cada elemento permite que cada um se expresse da forma que é para si mais fácil e/ou agradável. ✓ Atividade adaptada dos jogos psicológicos de Manes (2005). ✓ Ver projeto de investigação. 			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			

Métodos e técnicas:	Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Fazer resumo da sessão anterior. ✓ Colocar os presentes no centro da roda formada pelo grupo. ✓ Promover o diálogo entre o grupo e a verbalização das emoções. ✓ Observar atentamente as expressões e sentires de cada elemento tendo em conta, sobretudo, o significado afetivo dos presentes. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 11ª sessão e ponte para a sessão seguinte. ✓ Solicitar o preenchimento dos questionários de investigação no local depois da sessão, a quem não esteve presente na sessão anterior. ✓ Informar que todos os itens devem ser preenchidos e lembrar que o código deverá ser o mesmo do primeiro questionário e que ficou registado no cartão ComunicAr'te. ✓ Introduzir assunto da liberdade de desistência da investigação e da possibilidade de acesso aos dados e resultados. 	<p>Cadeiras em círculos;</p> <p>Mesas.</p>	<p>15 min.</p> <p>60 min.</p> <p>15 min.</p>	<p>Justificações de presença.</p> <p>Questionários de investigação.</p>
Bibliografia:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projeto de investigação – ComunicAr'te. ✓ Ferraz (2009) ✓ Manes (2005) ✓ Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 12 – Visita ao museu (1).			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	24 Julho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Promover o diálogo livre e a verbalização de emoções. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Propor ao grupo a atividade planeada – visita ao museu. ✓ Realizar visita ao museu guiada pela Dora. ✓ Conclusão da 12ª sessão e ponte para a sessão seguinte. 		Cadeiras em círculos; Museu do Hospital e das Caldas	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença.
Bibliografia:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ferraz (2009) ✓ Manes (2005) ✓ Yalom (2006). 			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 13 – diálogo			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	31 Julho 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Orientar os elementos não presentes para a atividade da semana anterior. ✓ Promover o diálogo e a expressão de sentimentos sobre a sessão anterior. ✓ Realizar a 2ª visita ao Hospital termal. ✓ Promover o diálogo entre o grupo e a verbalização das emoções. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 13ª sessão e ponte para a sessão seguinte. 		Cadeiras em círculos; Hospital Termal	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença.
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 14 – visita ao museu (2)			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	7 Agosto 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Orientar os elementos não presentes para a atividade da semana anterior. ✓ Promover o diálogo e a expressão de sentimentos. ✓ Realizar a 2ª visita ao espaço do Hospital termal. ✓ Promover o diálogo entre o grupo e a verbalização das emoções. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 14ª sessão e ponte para a sessão seguinte. 		Cadeiras em círculos; Hospital Termal	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença.
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 15 –Restauro (1)			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	14 Agosto 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar os dois espaços físicos onde decorrerá a sessão. ✓ Introdução à sessão. Promover o diálogo entre o grupo. ✓ Propor ao grupo a atividade planeada. ✓ Realizar a limpeza/restauro das telas no espaço físico do 1º andar. ✓ Colocar música ambiente e iniciar a restauro das telas ✓ Observar atentamente o comportamento do grupo. ✓ Promover o diálogo entre o grupo e a expressão das emoções. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 15ª sessão e ponte para a sessão seguinte. 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença. Rádio Materiais: Paus de madeira Algodão Solventes Telas Máscaras
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 16 – restauro (2)			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	21 Agosto 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Iniciar a sessão no 1º andar no espaço onde estão as telas. ✓ Introdução à sessão. Colocar música ambiente. ✓ Fazer resumo do conteúdo da sessão anterior, e orientar os elementos não presentes para a atividade realizada. ✓ Iniciar a limpeza das telas ✓ Observar atentamente o comportamento do grupo. ✓ Promover o diálogo entre o grupo e a expressão das emoções. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 16ª sessão e ponte para a sessão seguinte. 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença. Rádio Materiais: Paus de madeira Algodão Solventes Telas Máscaras
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 17 – diálogo			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	28 Agosto 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Promover o diálogo e a expressão de sentimentos. ✓ Promover o diálogo entre o grupo. ✓ Promover a verbalização das emoções. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 17ª sessão e ponte para a sessão seguinte. 		Cadeiras em círculos; Hospital Termal	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença.
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 18 – diálogo			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	4 Setembro 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. ✓ Fazer resumo do conteúdo da sessão anterior. ✓ Promover o diálogo entre o grupo. ✓ Promover a verbalização das emoções e sentir nas atividades de restauro e outras atividades realizadas anteriormente. ✓ Começar a preparar o final do grupo. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 18ª sessão e ponte para a sessão seguinte. 		<p>Cadeiras em círculos;</p> <p>Mesas.</p>	<p>15 min.</p> <p>60 min.</p> <p>15 min.</p>	Justificações de presença.
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 19 – frases e provérbios – preparação do final do grupo.			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	11 Setembro 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. Fazer resumo do conteúdo da sessão anterior. ✓ Promover o diálogo entre o grupo. Introdução à atividade preparada. ✓ Dispor à disposição os vários materiais para a sessão – cartões com frases e provérbios e chocolates. ✓ Cada elemento do grupo deverá retirar de cima da mesa o(s) cartão(ões) com os quais se identifique ou que traduzam o seu sentir. ✓ Promover a verbalização das emoções. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 19ª sessão e ponte para a sessão seguinte. ✓ Tirar fotografia de grupo. 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença. Cartões com frases e provérbios Chocolates Máquina fotográfica
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 20 – frases e provérbios (2ª) – preparação do final do grupo.			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	18 Setembro 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. Fazer resumo do conteúdo da sessão anterior. ✓ Promover o diálogo entre o grupo. ✓ Introdução à atividade preparada, quando adequado. ✓ Dispor à disposição os vários materiais para a sessão – cartões com frases e provérbios e chocolates. ✓ Cada elemento do grupo deverá retirar de cima da mesa o(s) cartão(ões) com os quais se identifique ou que traduzam o seu sentir. ✓ Promover a verbalização das emoções. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão da 19 sessão e ponte para a sessão seguinte. ✓ Tirar fotografia de grupo. 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença. Cartões com frases e provérbios Chocolates Máquina fotográfica
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Psicoterapia de grupo. Sessão nº 21– sessão final – dança.			
Local de realização:	CHON – antiga lavandaria do hospital;	Data:	25 Setembro 2012	Duração: 90 minutos
Justificação da intervenção:	✓ Ver projeto de investigação.			
Objetivos gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o bem-estar e a saúde mental; ✓ Estimular a expressão emocional; ✓ Facilitar o reconhecimento das emoções sentidas; 			
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Identificação e expressão das próprias necessidades afetivas. ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções. 			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico. Dispor 23 (18 + 5) cadeiras em círculo. ✓ Introdução à sessão. Fazer resumo do conteúdo da sessão anterior. ✓ Promover o diálogo entre o grupo. ✓ Preparar o espaço físico adequado à sessão de dança. ✓ Introdução à atividade planeada – dança. ✓ Promover a verbalização das emoções e a espontaneidade ao longo da sessão. ✓ Gerir os conteúdos livres verbalizados pelo grupo. ✓ Conclusão o grupo ComunicAr'te. ✓ Solicitar contactos de email. ✓ Aplicar os questionários de investigação – 3ª fase. 		Cadeiras em círculos; Mesas.	15 min. 60 min. 15 min.	Justificações de presença. Radio Computador CD's de música Cassetes Questionários de investigação
Bibliografia:	✓ Ferraz (2009); Manes (2005); Yalom (2006).			

Um papel nas mãos de um poeta

Veja só que interessante
Vou agora te falar
Desse que mesmo distante
Insiste em nos mostrar

Seus sentimentos,
Seus casos,
Sua vida,
Em seus versos a rimar

Tem momentos que dão som
Já em outros dão a vida
Alguns vemos até as imagens
Pelas letras refletidas

Uma folha e um papel
Algo simples e normal
Se transforma ganha vida
De uma forma natural

Um poeta quando escreve
Tira a voz do coração
Se inspira, logo sente.
E externa emoção

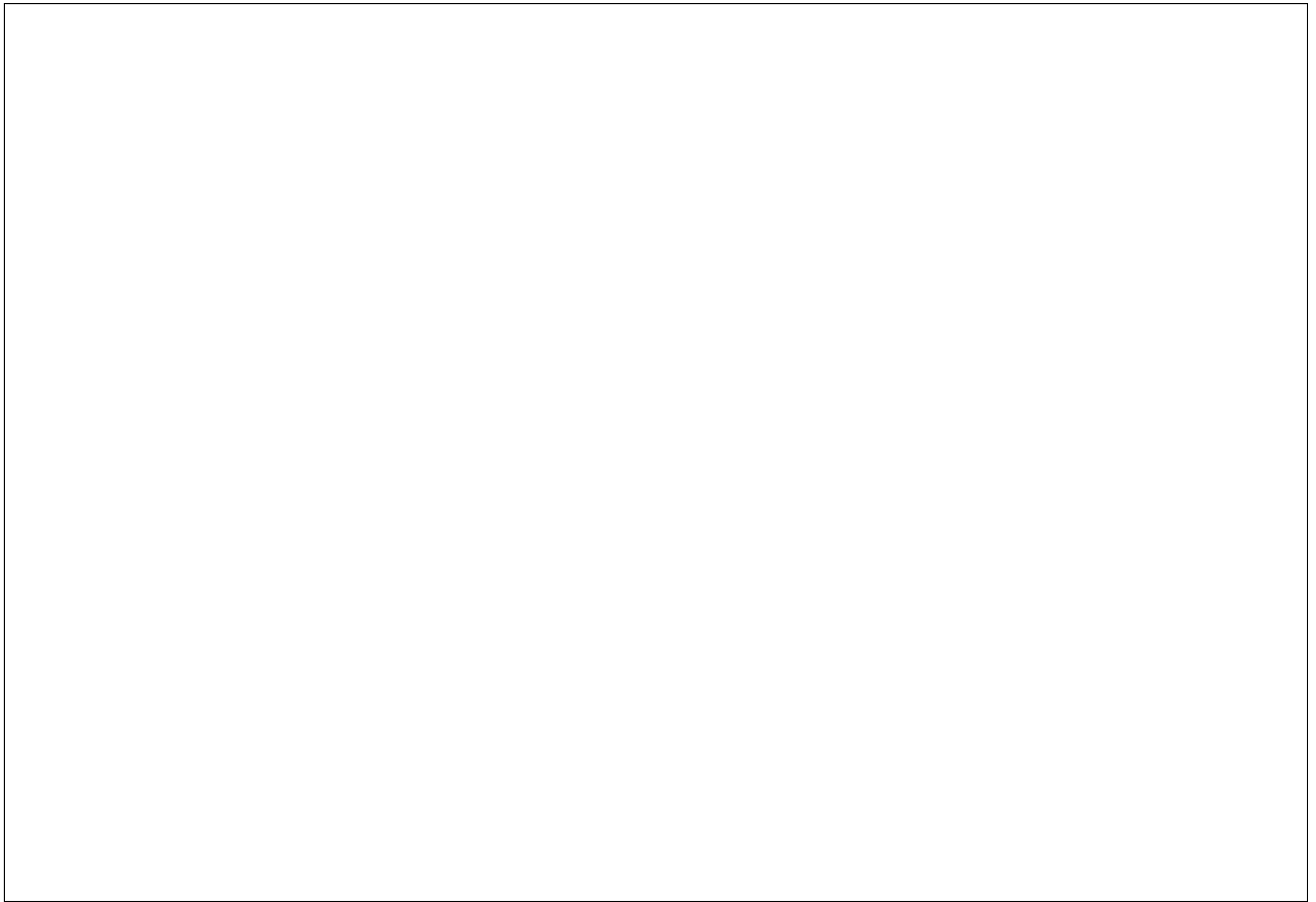
Uma rosa
Uma folha
Um vento
Uma ilusão
No papel
Nas mãos de um poeta
Na mais pura emoção
Cria vida, revive.

Viaja no tempo,
Na memória,
No sentimento,
Na história...

Tudo isso é o que faz
Esse nobre que escreve
Nada fica a descoberta
Num papel nas mãos do
poeta...

In: <http://sitedepoesias.com/poesias/15204>





Guião para relaxamento nº 1: Ilha deserta

[Sente-se confortável ou então, deite-se de costas. Feche os olhos e concentre-se na respiração por breves instantes. Imagine que, diante dos seus olhos se abre um enorme écran... totalmente branco. Pouco a pouco, você entra nesse ecrã e começa a participar no filme. Passou para dentro da própria história...]

O sol brilhava no céu e eu sentia-me quente...muito quente...

Estava numa ilha deserta, e o sol queimava o meu corpo...

E eu sentia-me cansado, muito cansado...

Sentia o meu braço direito quente...muito quente...

Quente e pesado, muito pesado...

O sol brilhava com mais intensidade...reparei que o meu braço esquerdo ficou mais quente...

Muito quente e cansado, muito cansado...

A minha perna direita estava quente, muito quente, muito quente...

A minha perna esquerda ficou mais quente... quente e pesada...

E eu estava só cada vez mais só...naquela ilha deserta onde o sol está cada vez mais quente...

Foi então que resolvi correr pela praia, eu estava só, muito só...

As minhas pernas começaram a ficar cansadas de tanto correr... muito. Cansadas...

Caí na areia...as pernas estavam pesadas e os meus braços também...

Pesadas e quentes e eu estava cansado, muito cansado...

A brisa do mar, fresca e húmida começava finalmente a refrescar o meu corpo...

Sentia um ar fresco que percorria as minhas pernas e a parte superior do meu corpo...

Sentia-me cansado, muito cansado e o corpo pesado...

As ondas do mar vinham enrolar-se na areia, calmamente, muito calmamente...

Num tom azul, muito transparente... As gaivotas podiam ouvir-se ao longe...

E em grupo, ouvia-se o seu cantar... ao longe...

As palmeiras ondulavam lentamente ao sabor da brisa do mar...

Eu estava muito cansado e ouvia ao longe o roçar das folhas umas nas outras...

E o meu corpo ficava ainda mais cansado e mais pesado...

Tão pesado que adormeci... Fiquei adormecido durante algum tempo...

Quando acordei, quente e descansado, o corpo ainda entorpecido...

Era ainda dia e o sol sobrepunha ao mar...

Estava uma brisa fresca de fim de tarde...

Esprequice-me... Estiquei as pernas...

E dei por mim em casa, saindo lentamente do meu sonho...

Agora vou pedir-vos que tragam a vossa atenção para a sala onde estamos a repousar. Vou contar de 1 a 5 e, à medida que conto comecem a sentir-se mais despertos, mais frescos, com a cabeça mais desanuviada. Quando eu chegar ao 5, gostaria que abrissem os olhos...1, comecem a sentir-se alerta ... 2 ...

3, ainda mais alerta ... 4... 5... abram os olhos e, suavemente estiquem os braços e as pernas.

Ficha Musical nº 1

Título: Aromatherapy relaxing - levantis. Music for the mind, body & spirit

Tempo de duração: Faixa 1 – Drifting (5.34')

Faixa 2 – Wild Glades (4.20)

Fonte: Compact disc – Hallmark – music & entertainment (2002)

Objetivos: utilizar a música como elemento facilitador de relaxamento.

Notas:

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Sessão nº 7 – Grupo da Dor – Lidar com o stress e modelagem.			
Local de realização:	HDS: Psiquiatria de ligação – consulta da dor - ginásio do serviço de Pedopsiquiatria.	Data:	18 Junho 2012	Duração: 120 min
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A psicoterapia é “um método de tratamento que recorra a uma técnica de natureza comunicativa e relacional, que possa ter orientação individual ou grupal e que tenha como objetivos a modificação de sintomas existentes, de sentimentos, bem como a modificação ou alteração do comportamento do sujeito, além de corrigir padrões disfuncionais de relações interpessoais, bem como promover o crescimento e o desenvolvimento da personalidade” (Ferraz, 2009, p.83/84). ✓ Por sua vez, Campbell (2009, p.604) define psicoeducação como o treinamento em princípios psicológicos e sua aplicação a problemas, condições ou situações específicas. ✓ Sousa (2005) considera técnicas de relaxamento, todos os procedimentos que se enquadram em metodologias de educação, de reeducação ou de terapia, elaboradas de modo a produzir efeitos específicos a nível biotensional, com maior ou menor repercussão psíquica. ✓ A respiração profunda é uma técnica simples que se torna a base para o relaxamento, em que a tensão é libertada quando os pulmões podem inspirar tanto oxigénio quanto possível (Sobel e Ornstein, 1996 citados por Townsend, 2011). A técnica de respiração abdominal torna-se também importante, pois estimula o sistema parassimpático interrompendo a resposta do sistema nervoso simpático decorrente do stress (Weis, 1998 citado por Riley, 2004). ✓ Através dos mediadores artísticos proporciona-se ao individuo, um meio pelo qual ele pode comunicar consigo próprio e com o outro, facilitando a expressão, organização e elaboração do “eu interior.” Os mediadores artísticos podem ser a pintura, desenho, modelagem, mimica, etc. Não existem mediadores fixos, tudo serve 			

	<p>para sessa função e depende da criatividade do terapeuta e do utilizador. Através dos mediadores, torna-se mais fácil o acesso ao diálogo e comunicação, pois ao verbalizar o que criou, alcança um certo distanciamento, não estando a falar dele próprio, mas do que representou. A criação artística funciona com um objeto intermediário entre o cliente e o terapeuta, ajudando a estabelecer relações e facilitando a comunicação (Ferraz, 2009, p.90).</p> <p>✓ Através da modelagem (e da pintura) é permitido o acesso ao mundo inconsciente, o qual guarda insuspeitáveis riquezas e as conserva mesmo depois de anos de doença (Fernandes et al, 2003, p.255).</p>			
Objetivos Gerais:	<p>✓ Promover estratégias de alívio da dor/ Promover estratégias de redução do stress e ansiedade.</p>			
Objetivos específicos:	<p>✓ Promover a expressão através da modelagem.</p> <p>✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções.</p> <p>✓ Promover o bem-estar através de atividades plásticas e expressivas.</p>			
Seleção dos participantes:	<p>✓ Utentes integrados no grupo terapêutico da Dor do HDS.</p>			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<p>✓ Preparar espaço físico.</p> <p>✓ Introdução à sessão e resumo da sessão anterior.</p> <p>✓ Se houver faltas ao grupo, refletir em grupo sobre as cadeiras vazias.</p> <p>✓ Realizar psicoeducação sobre a importância dos sentimentos, das emoções e da expressão emocional.</p> <p>- diap. n.º 2 e 3: “famílias de emoções” segundo Goleman (2010);</p> <p>- diap. n.º 4: componentes do processo emocional segundo Machado Vaz;</p> <p>- diap. n.º 5: música “emoções” de Roberto Carlos;</p>		<p>Sentados nas cadeiras</p>	<p>5 min</p> <p>25 min</p>	<p>Computador</p> <p>Data show</p> <p>Power Point-</p>

<p>Antes da audição da música entregar folha com a letra da música.</p> <p>Após audição da música orientar o grupo para expressar como se sente, e o que sentiu ao ouvir a música;</p> <ul style="list-style-type: none"> - diap. nº 6: emoções básicas, segundo Pêrsico (2011) e sua importância; - diap. nº 7: relação entre dor, emoção, sentimento e razão, segundo Damásio e Goleman; - diap. nº 8, 9 e 10: a importância das emoções - fundamentação teórica; - diap. nº 11 e 12: a importância de reconhecer as emoções. - diap. nº 13: relação entre as artes plásticas e as emoções. <p>Introduzir a atividade de modelagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do planeado para esta sessão – promover o relaxamento e expressão emocional através de técnica expressiva - modelagem. ✓ Ter à disposição os materiais para a sessão. ✓ Promover o contacto com os materiais de modelagem: <ul style="list-style-type: none"> - usar o manuseamento dos materiais de modelagem como estratégia relaxante e de alívio do stress. - realização de modelagem (plasticinas coloridas e pasta de modelagem). - o tema da atividade artística será “os sentimentos (pessoais)” – o seu sentir no momento, ou na última semana, por exemplo. ✓ Definir com o grupo tempo para a atividade: cerca de 20 minutos para realizar as modelagens + 15 minutos para dialogar sobre os trabalhos e seu significado. ✓ Iniciar a atividade. ✓ Após a modelagem orientar o grupo para a expressão verbal sobre a 	<p>Sentados nas cadeiras à volta de uma mesa</p>	<p>5 min</p>	<p>“Emoções”</p> <p>Ficha musical n.º 2 Letra “Emoções”</p> <p>Plasticinas; Pasta para modelagem.</p> <p>Folhas A4 brancas e coloridas</p>
--	--	--------------	--

<p>atividade.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terminar a sessão de modelagem. ✓ Pedir autorização às utentes para fotografar os trabalhos no final da sessão. ✓ Orientar as utentes para o início da terapia de relaxamento. ✓ Avaliar como se sentiram com a atividade e como se sentem no momento. ✓ Colocar música. ✓ Realizar a técnica de respiração abdominal antes da terapia de relaxamento. (por exemplo, se surgir catarse emocional intensa decorrente da atividade de modelagem) <p>[Introdução à Técnica de respiração abdominal:]</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar importância da respiração abdominal; ✓ Ensinar e praticar técnica de respiração abdominal; <p><u>Técnica de respiração abdominal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar as utentes a sentarem-se ou deitarem-se numa posição confortável, com a coluna direita. ✓ Colocar uma das mãos no abdómen e outra no peito. ✓ Inspirar lenta e profundamente pelo nariz. O abdómen deve expandir-se e empurrar a mão. O tórax deve mover-se apenas ligeiramente. ✓ Após ter inspirado o máximo possível, sustar a respiração por alguns segundos antes de expirar. ✓ Começar a expirar lentamente através da boca, colocando os lábios como se fosse assobiar. Franzir os lábios ajuda a controlar a velocidade com que expira e mantém as vias aéreas abertas o máximo de tempo possível. ✓ Sentir o abdómen a diminuir à medida que os pulmões se esvaziam de ar. 	<p>Nos colchões</p>	<p>20 min 15 min</p> <p>10 min</p>	<p>Cd música relaxamento. (ficha musical nº1)</p> <p>Guião de relaxamento n.º1.</p>
--	---------------------	--	---

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Começar o ciclo de inspiração-expiração novamente. ✓ Concentrar-se no som e sensação da sua respiração à medida que fica cada vez mais relaxado. ✓ Colocar música. <p>[Introdução à Terapia de Relaxamento de Shultz:]</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar as utentes a relaxarem deitadas no colchão e de olhos fechados. ✓ Leitura do guião de relaxamento. ✓ Usar tom de voz baixo, com um encadeamento de palavras lento e rítmico. ✓ Oferecer tempo sem interrupções. ✓ Avaliar o relato individual do relaxamento alcançado. ✓ Avaliar e documentar a resposta à terapia por relaxamento. ✓ Atividade de casa – “diário de sentimentos.” Objetivo: promover o reconhecimento de sentimentos e das emoções sentidas ao longo do dia. ✓ Dar a cada utente o “diário de sentimentos.” Explicar que o objetivo é no dia-a-dia, nas próximas duas semanas ir registando os sentimentos sentidos (relembrar o sua importância tal como apresentado da sessão psicoeducativa). ✓ Na sessão seguinte deverão trazer ao grupo os diários e partilhar o que desejarem e se o desejarem fazer, sobre os registos feitos. ✓ Terminar sessão atual e fazer ponte para a sessão seguinte. ✓ Fotografar os trabalhos, se autorizado. 	Deitados nos colchões	30 min	Diário de sentimentos
Bibliografia:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Campbell (2009); Fernandes et al (2003); Ferraz (2009); Manes (2005); Payne (2003); Riley (2004); Sousa (2005); Townsend (2011); Yalom (2006). 		

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Sessão nº 8 – Grupo da Dor – Jogo: emoções e sentimentos.			
Local de realização:	HDS: Psiquiatria de ligação – consulta da dor - ginásio do serviço de Pedopsiquiatria.	Data:	2 Julho 2012	Duração: 120 min
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sousa (2005) considera técnicas de relaxamento, todos os procedimentos que se enquadram em metodologias de educação, de reeducação ou de terapia, elaboradas de modo a produzir efeitos específicos a nível biotensional, com maior ou menor repercussão psíquica. A respiração profunda é uma técnica simples que se torna a base para o relaxamento, em que a tensão é libertada quando os pulmões podem inspirar tanto oxigénio quanto possível (Sobel e Ornstein, 1996 citados por Townsend, 2011). A técnica de respiração abdominal torna-se também importante, pois estimula o sistema parassimpático interrompendo a resposta do sistema nervoso simpático decorrente do stress (Weis, 1998 citado por Riley, 2004). ✓ Através dos mediadores artísticos proporciona-se ao indivíduo, um meio pelo qual ele pode comunicar consigo próprio e com o outro, facilitando a expressão, organização e elaboração do “eu interior.” Os mediadores artísticos podem ser a pintura, desenho, modelagem, mimica, etc. Não existem mediadores fixos, tudo serve para essa função e depende da criatividade do terapeuta e do utilizador. Através dos mediadores, torna-se mais fácil o acesso ao diálogo e comunicação, pois ao verbalizar o que criou, alcança um certo distanciamento, não estando a falar dele próprio, mas do que representou. A criação artística funciona com um objeto intermediário entre o cliente e o terapeuta, ajudando a estabelecer relações e facilitando a comunicação (Ferraz, 2009, p.90). 			
Objetivos Gerais:	✓ Promover estratégias de alívio da dor/Promover estratégias de redução do stress e ansiedade.			

Planeamento da sessão/intervenção					
Tipo de intervenção:	Sessão nº 9 – Grupo da Dor – massagem terapêutica.				
Local de realização:	HDS: Psiquiatria de ligação – consulta da dor - ginásio do serviço de Pedopsiquiatria..	Data:	13 Julho 2012	Duração:	120 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fundamentação: psicoterapia, psicoeducação, e terapia de relaxamento. ✓ A respiração profunda é uma técnica simples que se torna a base para o relaxamento, em que a tensão é libertada quando os pulmões podem inspirar tanto oxigénio quanto possível (Sobel e Ornstein, 1996 citados por Townsend, 2011). ✓ A técnica de respiração abdominal estimula o sistema parassimpático interrompendo a resposta do sistema nervoso simpático decorrente do stress (Weis,1998 citado por Riley, 2004). <p><u>Justificação massagem terapêutica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Massajar - ação de manipular com as características específicas: pressionar e esfregar o corpo ou partes do corpo (CIPE, 2006). Massagem simples - estimulação da pele e dos tecidos subjacentes, com variados graus de pressão manual, de modo a produzir relaxamento e/ou melhorar a circulação (NIC, 2004). ✓ Sousa (2005) considera técnicas de relaxamento, todos os procedimentos que se enquadram em metodologias de educação, de reeducação ou de terapia, elaboradas de modo a produzir efeitos específicos a nível biotensional, com maior ou menor repercussão psíquica. ✓ Já em 1800 a.C., a comunidade hindu usava a massagem para redução de peso, indução do sono, combate à fadiga e relaxamento, sendo este último o fator terapêutico mais livremente associado à massagem. No entanto, o seu valor terapêutico é mais abrangente, envolvendo o alívio da tensão muscular e a melhoria da circulação (Cassar, 2001). ✓ Em modelos experimentais em ratos, a massagem induziu efeitos antinociceptivos, verificando-se ativação da 				

	<p>oxitocina e a sua interação com os sistemas endógenos de controlo da dor (Marques, 2010,p.11 citando Lund <i>et al</i>, 2002). Deste modo, o aumento da secreção de oxitocina (induzida pela massagem) é responsável pela diminuição dos níveis de cortisol, pelo aumento do tónus parassimpático, pela melhoria da função imunitária, e pela diminuição da ansiedade e da depressão (Marques, 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alguns dos efeitos da massagem terapêutica são: diminuição da depressão e da ansiedade, melhoria do padrão de sono, melhoria da obstipação, diminuição da hipertensão arterial (devido a stress), melhoria da função imunitária, melhoria das funções neuromusculares e redução da dor (Marques, 2010). ✓ A massagem terapêutica “está contraindicada quando da sua aplicação possa resultar o agravamento de uma situação pré-existente, a disseminação de uma condição ou a destruição de tecidos” (Marques, 2010,p.22 citando Batavia, 2004). ✓ O uso de intervenções não farmacológicas podem não eliminar totalmente a dor, mas atuam como adjuvante de outras medidas. Entre outras, uma das medidas a aplicar na situação de dor é a massagem (Bolander, 1998). <i>“A dor é o problema de saúde em que a massagem terapêutica tem a sua maior utilização e popularidade, sendo a redução da dor descrita por diversos autores como um dos seus principais efeitos”</i> (Marques, 2010,p.35). ✓ Para a intervenção a realizar irá utilizar-se a massagem terapêutica da mão, que tem como vantagem poder utilizar-se em grupo evitando a exposição corporal e permite que todos os elementos do grupo participem simultaneamente, promovendo também a interação grupal.
Objetivos Gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover estratégias de alívio da dor/ Promover estratégias de redução do stress e ansiedade.
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a expressão emocional. ✓ Promover o bem-estar através da massagem terapêutica da mão.
Seleção dos participantes:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utentes já integrados no grupo terapêutico da Dor do HDS.

Métodos e técnicas:	Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar espaço físico ✓ Se houver faltas ao grupo, refletir em grupo sobre as cadeiras vazias. ✓ Socialização informal e identificação de alguma problemática relevante. ✓ Introdução à sessão e resumo da sessão anterior. ✓ Discutir a utilização dos diários de sentimentos e promover a partilha do que desejarem, e se o desejarem fazer, por exemplo, sobre os registos feitos, sobre se foi importante a sua utilização... ✓ Quando adequado fazer a ponte para a audição da música. ✓ Ouvir a música “Passou por mim e sorriu” dos Deolinda. ✓ Promover a expressão sentimento que a música lhes transmitiu. ✓ Promover a exploração de sentimentos a partir da música. ✓ Entregar a letra da música no final. ✓ Realizar psicoeducação sobre a importância e benefícios da massagem terapêutica. <ul style="list-style-type: none"> Diap. 2 – definição de massagem; Diap. 3 – benefícios da massagem; Diap. 4 – benefícios da massagem da mão; Diap. 5 a diap. 13 – técnica da massagem terapêutica da mão; Diap. 14 – bibliografia. ✓ Utilizar o método demonstrativo para ensinar a técnica de massagem terapêutica das mãos – primeiro explicar ao grupo, exemplificando, depois fazer dois a dois de acordo com a minha orientação. 	Toda a sessão sentadas nas cadeiras.	10 min. 30 min. 6 min. 10 min 20 min 30 min	Diários de sentimentos (das utentes) CD “Deolinda” Letra da música: “Passou por mim e sorriu” Computador Data show Power Point - “Massagem” Cd música relaxamento. (ficha musical nº1)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repete-se a orientação da massagem para que todos façam e recebam massagem. ✓ Devem formar-se pares para a realização da massagem e todos devem massajar e ser massajados, exceto se houver alguma contraindicação. ✓ Colocar música para a realização da técnica de relaxamento. ✓ Usar em simultâneo à massagem da mão a técnica de respiração abdominal. ✓ Orientar o grupo primeiro para o uso da técnica de respiração abdominal e depois para a realização da técnica de massagem sob minha orientação. <p><u>Técnica de respiração abdominal:</u> = descrição do plano da sessão 7 e 8.</p> <p><u>Massagem simples:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar contraindicações à realização desta técnica (pe, trombocitopenia, diminuição da integridade da pele, trombose venosa profunda, hipersensibilidade ao tato...). ✓ Determinar o grau de conforto psicológico do utente com o toque. ✓ Selecionar a(s) área(s) do corpo a serem massagadas - mãos. ✓ Gerir ambiente (confortável, aquecido e sem distrações). ✓ Posicionar numa posição que facilite a massagem. ✓ Expor somente a área massajada – mão e antebraço. ✓ Usar creme hidratante, avaliando qualquer sensibilidade e/ou contraindicação. ✓ Massajar usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos. ✓ Estabelecer um período de tempo para uma massagem que alcance a resposta desejada. 		20 min.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Creme hidratante “ATL”. ✓ Guião de massagem das mãos nº1.
--	--	---------	--

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encorajar as utentes a respirar profundamente e a relaxar durante a massagem. ✓ Encorajar as utentes a concentrarem-se nas boas sensações da massagem. ✓ Evitar conversas longas durante a massagem, a menos que tal seja usada para distrair. ✓ Orientar os intervenientes, no final da massagem, a descansar e continuar a relaxar, e somente depois movimentar-se lentamente. ✓ Avaliar e documentar as respostas à massagem. ✓ Entregar o guia pessoal da massagem terapêutica. ✓ Despedir do grupo e entregar o postal individual. ✓ Socialização informal. ✓ Promover a interação e socialização entre todos os intervenientes, proporcionando lanche com chá e biscoitos. ✓ Terminar a sessão. Fazer ponte para a próxima sessão. 			<p>Guia pessoal da massagem das mãos</p> <p>Postal individual</p> <p>Chá e biscoitos.</p>
<p>Bibliografia:</p>	<p>✓ Alison-Lewis (2011); Bolander (1998); Cassar (2001); CIPE (2006); Manes (2005); Marques (2010); NIC (2004); Riley (2004); Rosado (2005); Silva & Carochinho (2005); Sousa (2005); Townsend (2011); Yalom (2006)</p>		

Guião: “Massagem Terapêutica das Mãos”

1.º Massagem na palma e no polegar

Usar o polegar para massajar a zona "carnuda" da palma da mão do seu companheiro e a base do seu polegar. A seguir, massajar com movimentos circulares a área que vai do polegar até o dedo indicador



2.º Manipulação dos dedos

Com o polegar e indicador, fazer movimentos circulares a partir da base dos dedos até a extremidade, puxando-os lentamente.



3.º Massajar a palma da mão

Fechar a mão e pressionar a palma da mão do seu parceiro. Fazer movimentos deslizando a mão fechada a partir dos dedos em direção ao punho. Repetir estes movimentos, cobrindo toda a área da palma da mão.



4.º Entrelaçar os dedos

Entrelaçar os seus dedos com os dedos do seu parceiro, observando que ambas as palmas das mãos devem estar voltadas para cima. Fazer pressão com a sua mão na direção das costas das mãos do seu parceiro, forçando os dedos para cima. Relaxar e fazer estes movimentos mais 3 vezes.



5.º Entre os tendões

Começar a partir do punho e terminar nos dedos, deslizar a base do seu polegar sob os sulcos que separam cada tendão da mão do seu colega.



6.º Costas da mão

Com as suas mãos, segurar a mão do seu parceiro por cima e por baixo, usar os seus polegares em movimento circular cobrindo toda a parte de cima da mão, incluindo o pulso. Fazer a massagem de maneira firme e agradável sem colocar muita pressão nos dedos.



7.º Rotação do punho

Com uma das mãos segurar o punho do seu parceiro usando o polegar e indicador, e com a outra mão um pouco mais acima do punho, segurar o antebraço. Com a mão que segura o punho, fazer leves movimentos de rotação nos dois sentidos em torno do punho.



8.º Acariciar o punho

Deslizar a extremidade das unhas lentamente a partir do punho até ao final do antebraço e depois fazer o mesmo movimento em sentido contrário.



9.º Terminando

Colocar a palma da mão do seu parceiro entre as suas mãos. Respirar profundamente e imaginar que as suas mãos estão a enviar energia para o seu parceiro.



Ficha Musical nº2

Autor: Roberto Carlos em “As melhores de Roberto Carlos (2002)”

Tempo de duração: Faixa: Emoções (4.19´)

Fonte: <http://www.youtube.com/watch?v=9lpWCEy70z4>

Objetivos: utilizar a música como elemento facilitador da expressão emocional e da auto consciencialização das emoções sentidas.

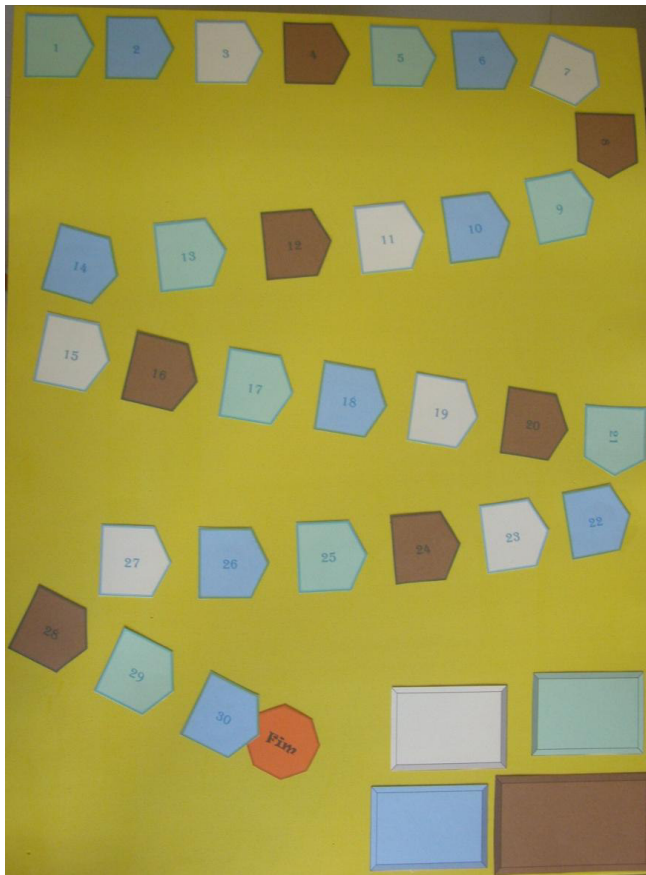
Notas: Canção composta por Roberto Carlos e Erasmo Carlos, lançada em 1981, no álbum “Ele está para chegar.”

Planeamento da sessão/intervenção					
Tipo de intervenção:		Jogos terapêuticos			
Local de realização:		Serviço psiquiatria (internamento) - HDS	Data:	5 Julho 2012	Duração: 120 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Interacção Social é um tipo de ação interdependente com as seguintes características específicas: ações de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos” (CIPE, 2002).</i> ✓ A socioterapia é qualquer tipo de tratamento cuja ênfase principal esteja em fatores socioambientais e interpessoais em ajustamento (Campbell, 2009, p.718). O objetivo desta terapia é a transformação e a promoção da saúde social. Promove mudanças nos indivíduos, uma cultura de respeito e de construção de um diálogo interétnico e transformações nos indivíduos e nos grupos através da preservação da autonomia e da corresponsabilidade de cada um para o bem comum (Marra, 2004, 2009 citado por Fleury, Marra, & Knobel, 2009). A intervenção socioterapêutica é uma prática implicada no empowerment dos sujeitos em grupo, que ocorre pela explicitação de elementos identitários comuns dispersos entre todos e a vivência do processo de ação-reflexão-ação (Marra, 2004, 2009 citado por Fleury, Marra, & Knobel, 2009). ✓ Por sua vez, a terapia psicossocial direciona as suas ações para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade, e através destas práticas são ampliadas as habilidades e a autonomia do individuo permitindo o desenvolvimento da criatividade e expressão (Benevides <i>et al</i>, 2010). A intervenção psicossocial pode ser definida como uma intervenção que utiliza principalmente métodos psicológicos ou sociais para o tratamento e/ou reabilitação dum transtorno mental ou redução do sofrimento psicossocial (WHO, 2011). ✓ Enfermagem, na vertente psicossocial, volta-se para questões de relacionamento com o paciente e sua família, ambiente terapêutico e inclusão social (Tavares, 2005). ✓ A reabilitação psicossocial, (de acordo com Saraceno), tem como finalidade aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental (Lussi <i>et al</i>, 2006) e visa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão - casa, trabalho e lazer (Jorge <i>et al</i>, 2006). 				

Objetivos:	✓ Promover o bem-estar e a saúde social, as relações sociais e familiares saudáveis e a interação social.			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Selecionar utentes para a intervenção. ✓ Avaliada motivação dos utentes para se deslocarem ao espaço exterior e para realizar a atividade planeada. ✓ Avaliada a possibilidades de cada utente se deslocar ao exterior, e de dispor de meios para o poder fazer (roupa e calçado adequados). ✓ Promover socialização e permitir aos utentes utilizarem os serviços da máquina de bebidas. ✓ Orientar o grupo para o jardim do hospital. ✓ Introdução à sessão. ✓ Dispor em cima de uma mesa o material para o jogo. ✓ Apresentação do planeado para esta sessão. ✓ Explicar as regras e objetivos do jogo. ✓ Avaliar a compreensão das regras e objetivos. ✓ Iniciar o jogo. ✓ Promover a expressão de opiniões e emoções. ✓ Gerir os conteúdos verbalizados. ✓ Promover a interação entre o grupo. ✓ Avaliar as expectativas finais do grupo. ✓ Encerrar a sessão. 			5 min 15 min 20 min. 5 min. 70 min. 5 min.	Tabuleiro de Jogo Cartões de jogo Dados Pinos Regras do jogo Bloco de folhas Canetas e lápis.
Bibliografia:	✓ Campbell (2009); CIPE (2002); Fleury, Marra, & Knobel (2009); Jorge <i>et al</i> (2006); Lussi <i>et al</i> (2006); Manes (2005); Pérsico (2011); Sadock & Sadock (2007); Tavares (2005); WHO, (2011); Yalom (2006)			

Regras e descrição do jogo

Tabuleiro de jogo:



- Inicia o jogo o jogador que se voluntarie para tal, e segue a ordem de jogadores no sentido dos ponteiros do relógio.
- No caso de não haver acordo quanto ao jogador que inicia o jogo, todos lançam o dado e inicia o que obter a pontuação mais elevada.
- Cada jogador, na sua vez, lança o dado e percorre o tabuleiro de jogo consoante o número de casas que saia no dado, desde a casa nº 1 à casa número 30.
- Em cada casa que calhar deverá tirar uma carta da cor correspondente. Por exemplo, se ao iniciar o jogo lhe calhar a pontuação 4 no dado, deverá avançar para a casa número 4 e retirar uma carta castanha. E, assim, sucessivamente.
- As cartas tiradas já não voltam ao baralho.
- No final do jogo é entregue uma carta cor-de-laranja.

Cartas verdes:

- Carta nº 1, 28 e 29 têm como objetivo trabalhar as relações familiares.
- Carta nº 2 e 9 têm como objetivo trabalhar a escuta ativa.
- Carta nº 3 e 11 têm como objetivo trabalhar as atividades lúdicas e de lazer.

Jogos terapêuticos

- Carta nº 4 e 5 têm como objetivo promover a expressão de desejos e aspirações futuras.
- Carta nº 6 e 7 têm como objetivo trabalhar estratégias de resolução de problemas.
- Carta nº 8, 10 e 12 têm como objetivo promover a expressão de sentimentos positivos.
- Carta nº 13 à carta nº 18 têm como objetivo promover a expressão de sentimentos a partir das frases populares/provérbios.
- Carta nº 21 à carta nº 30 têm como objetivo trabalhar a cidadania e promover a expressão do sentir a partir das imagens apresentadas.

Cartas azuis:

- Carta nº 1 à carta nº 4 tem como objetivo avaliar e promover a capacidade de memorização.
- Carta nº 5 à carta nº 8 têm como objetivo avaliar e promover a capacidade de memorização, e simultaneamente avaliar e promover a interação grupal.
- Carta nº 9 à carta nº 14 – atividades baseadas nas questões do Mini Mental State Examination (MMSE).
- Carta nº 15, 16 e 26 têm como objetivo avaliar o conhecimento sobre os acontecimentos da atualidade avaliando a participação social.
- Carta nº 17 e 18 têm como objetivo promover a identificação de sentimentos no outro;
- Casa nº 19 e 20 têm como objetivo promover a identificação das emoções sentidas.
- Carta nº 21 à carta nº 25 têm como objetivo promover a expressão de sentimentos a partir das frases populares/provérbios e trabalhar a cidadania.

Cartas bege:

- Carta nº 1 à carta nº 12 – “tire um envelope.” Os envelopes contêm dois grupos de atividades. O primeiro grupo é constituído por um conjunto de 10 atividades que têm o objetivo de trabalhar os sentimentos e o autoconceito. O segundo grupo está relacionado com a gestão financeira e tem como objetivo avaliar como cada um gere o dinheiro.
- Carta nº 13 à carta nº 15 têm como objetivo trabalhar a cidadania.

Cartas castanhas:

- Cartas nº 1 à carta nº 18 – questões maioritariamente baseadas no livro de Pérsico (2011) – Guia de inteligência emocional, que tem como objetivo promover a interação social, promover a reflexão e autoanálise e trabalhar as relações familiares e sociais.
- Carta nº 19 e 20 – têm como objetivo promover a interação grupal, o trabalho em equipa, a criatividade, espontaneidade e expressão de sentimentos e emoções.

Cartas laranja:

- Carta final – tem como objetivo promover a reflexão sobre a atividade e diluir alguma rivalidade que possa surgir na disputa pelo primeiro lugar.

Centro Hospitalar Oeste Norte – Caldas da Rainha

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental



**Política
de
Voluntariado**

Caldas da Rainha

Maio de 2012

Siglas e abreviaturas

CHON – Centro Hospitalar Oeste Norte

CNPV – Comissão Nacional para a Promoção do Voluntariado

D.L. – Decreto-Lei

n.º – número

Índice

	Folha
1. Introdução.....	4
2. Definição de Voluntariado.....	5
3. Definição de Voluntário.....	6
4. Princípios do voluntariado.....	7
5. Direitos do voluntário.....	8
6. Deveres do voluntário.....	9
7. Requisitos básicos para início de atividade.....	10
8. Cartão de identificação do voluntário	11
9. Certificação do trabalho do voluntário.....	12
10. Suspensão do voluntário.....	13

Bibliografia

Anexos

1. INTRODUÇÃO

A política de voluntariado tem como objetivo descrever as normas por qual se rege o programa de voluntariado do serviço de psiquiatria e saúde mental do Centro Hospitalar Oeste Norte, tendo em consideração as normas legais aplicáveis.

Deste modo será definido:

- a)* Os conceitos de voluntariado e de voluntário;
- b)* Os princípios do voluntariado;
- c)* Os direitos do voluntário;
- d)* Os deveres do voluntário;
- e)* Os requisitos básicos para o início da atividade e as condições relacionadas com a suspensão do voluntariado;
- f)* A identificação do voluntário e a certificação da sua participação;

2. Definição de Voluntariado

O voluntariado pode ser considerado como “*o conjunto de ações de interesse social e comunitário realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projetos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas.*”

(D.L. n.º 71/98 de 3 de Novembro, artigo 2.º)

O voluntariado “*é uma atividade inerente ao exercício de cidadania que se traduz numa relação solidária para com o próximo, participando, de forma livre e organizada, na solução dos problemas que afetam a sociedade em geral.*”

(D.L. n.º 389/99 de 30 de Setembro)

De acordo com a CNPV (2002), o voluntariado “*está ao serviço dos indivíduos, das famílias e das comunidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das populações*” e “*desenvolve-se através de projetos e programas de entidades públicas e privadas com condições para integrar voluntários, envolvendo as entidades promotoras e corresponde a uma decisão livre e voluntária apoiada em motivações e opções pessoais que caracterizam o voluntário.*”

3. DEFINIÇÃO DE VOLUNTÁRIO

O voluntário “*é o indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar ações de voluntariado no âmbito de uma organização promotora.*”

(D.L. n.º 71/98 de 3 de Novembro, artigo 3.º)

De acordo com a CNPV o voluntário assume um compromisso com a organização promotora de voluntariado, desenvolve ações de voluntariado em prol dos indivíduos, famílias e comunidade e compromete-se, de acordo com as suas aptidões e no seu tempo livre.

Segundo as Nações Unidas “*é o jovem ou o adulto que, devido a seu interesse pessoal e ao seu espírito cívico, dedica parte do seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividades, organizadas ou não, de bem-estar social, ou outros campos...*”.

“*A qualidade de voluntário não pode, de qualquer forma, decorrer de relação de trabalho subordinado ou autónomo ou de qualquer relação de conteúdo patrimonial com a organização promotora, sem prejuízo de regimes especiais constantes da lei.*”

(D.L. n.º 71/98 de 3 de Novembro, artigo 3.º)

“*Atuar como voluntário é ter um ideal por bem fazer, que assenta numa relação de solidariedade traduzida em:*

- *Liberdade, igualdade e pluralismo no exercício de uma cidadania ativa;*
- *Responsabilidade pelas atividades que desenvolve com os destinatários;*
- *Participação nas atividades a desenvolver pela organização promotora na aplicação do Programa de Voluntariado;*
- *Gratuidade no exercício da atividade, mas sem ser onerado com as despesas dele decorrente;*
- *Complementaridade com a atividade dos profissionais, sem os substituir;*
- *Convergência e harmonização com os interesses dos destinatários da ação e com a cultura e valores das organizações promotoras.*

(Guia do voluntário, CNPV)

4. PRINCÍPIOS DO VOLUNTARIADO

O voluntariado rege-se por 7 princípios, e são eles, o princípio da solidariedade, da participação, da cooperação, da complementaridade, da gratuitidade, da responsabilidade e da convergência.

- **Princípio da solidariedade:** traduz-se na responsabilidade de todos os cidadãos pela realização dos fins do voluntariado;
- **Princípio da participação:** implica a intervenção das organizações representativas do voluntariado em matérias respeitantes aos domínios em que os voluntários desenvolvem o seu trabalho;
- **Princípio da cooperação:** envolve a possibilidade de as organizações promotoras e as organizações representativas do voluntariado estabelecerem relações e programas de ação concertada;
- **Princípio da complementaridade:** pressupõe que o voluntário não deve substituir os recursos humanos considerados necessários à prossecução das atividades das organizações promotoras, estatutariamente definidas;
- **Princípio da gratuitidade:** pressupõe que o voluntário não é remunerado, nem pode receber subvenções ou donativos, pelo exercício do seu trabalho voluntário;
- **Princípio da responsabilidade:** reconhece que o voluntário é responsável pelo exercício da atividade que se comprometeu realizar, dadas as expectativas criadas aos destinatários do trabalho voluntário;
- **Princípio da convergência:** determina a harmonização da ação do voluntário com a cultura e objetivos institucionais da entidade promotora;

(D.L. n.º 71/98 de 3 de Novembro, artigo 6.º)

5. DIREITOS DO VOLUNTÁRIO

São direitos do voluntário:

- Ser reconhecido e respeitado nos direitos citados nos estatutos e regulamentos da instituição;
- Ser informado sobre as normas e regulamentos básicos do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON;
- Consultar a política de voluntariado do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON;
- Receber formação inicial e contínua, tendo em vista o aperfeiçoamento do seu trabalho voluntário;
- Receber apoio no desempenho do seu trabalho com acompanhamento e avaliação técnica;
- Desenvolver um trabalho, de acordo com os seus conhecimentos, experiências, motivações e aptidões;
- Participar das decisões que dizem respeito ao seu trabalho;
- Ser-lhe atribuídas tarefas específicas e bem definidas;
- Ser informado sobre as limitações da sua atuação como voluntário;
- Exercer o seu trabalho voluntário em condições de higiene e segurança;
- Estar informado sobre os objetivos, duração e lugar das atividades que vai realizar;
- Ser reconhecido pelo trabalho que desenvolve com acreditação e certificação;
- Estabelecer com a entidade que colabora um programa de voluntariado que regule as suas relações mútuas e o conteúdo, natureza e duração do trabalho voluntário que vai realizar;
- Dispor de um cartão de identificação de voluntário;
- Enquadrar-se no regime do seguro social voluntário, no caso de não estar abrangido por um regime obrigatório de segurança social;
- Fazer avaliações regulares do seu desempenho;

6. DEVERES DO VOLUNTÁRIO

São deveres do voluntário:

- Respeitar as normas que regulam o funcionamento do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON;
- Frequentar as ações de formação ministradas pela instituição destinados ao correto desenvolvimento do trabalho voluntário;
- Atuar de forma empenhada, isenta e solidária;
- Respeitar o utente e desempenhar as atividades de voluntariado sem discriminação quanto à nacionalidade, raça, sexo, opiniões políticas e/ou crenças religiosas;
- Responder às necessidades do utente com humanidade e simpatia;
- Ser sigiloso sobre qualquer tipo de informação relativa aos utentes;
- Atuar como voluntário dentro das limitações estabelecidas;
- Facilitar a integração, formação e participação de todos os voluntários;
- Trabalhar em equipa e solucionar conflitos no exercício do trabalho voluntário;
- Colaborar com os profissionais do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON, potenciando a sua atuação no âmbito de partilha de informação e em função das orientações técnicas inerentes ao respetivo domínio de atividade;
- Colaborar com os profissionais do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON, respeitando as suas opções e seguindo as suas orientações técnicas;
- Garantir a regularidade do exercício do trabalho voluntário de acordo com o programa acordado com a organização promotora;
- Cumprir com responsabilidade as atividades para as quais se comprometeu realizar na data, hora e local marcado;
- Informar atempadamente a organização promotora em caso de necessidade de faltar a um compromisso ou caso pretenda interromper ou cessar o trabalho voluntário;
- Não realizar qualquer tipo de tarefa para a qual não tem autorização e que vá para além das atividades definidas para o voluntário;
- Zelar pela boa utilização dos recursos materiais e dos bens, equipamentos e utensílios colocados ao seu dispor;
- Utilizar devidamente o fardamento e o cartão de identificação de voluntário no exercício da sua atividade, se aplicável;
- Não assumir o papel de representante da organização promotora sem o conhecimento e prévia autorização desta;

7. REQUISITOS BÁSICOS PARA INÍCIO DE ACTIVIDADE

Cabe à comissão promotora de voluntariado do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON autorizar o início de atividade de cada voluntário. A referida autorização deverá ser registada por escrito em documento próprio (Anexo 1).

São considerados requisitos básicos para iniciar atividade como voluntário o preenchimento da ficha de inscrição (Anexo 2), a participação nas formações ministradas quando realizadas e a posse de cartão de identificação.

Em caso de impossibilidade de frequentar as ações de formação, o voluntário poderá iniciar funções desde que, anteriormente, tome conhecimento do conteúdo das formações e compreenda todos os itens da mesma, tome conhecimento da política de voluntariado da instituição e tome conhecimento e compreenda a carta de direitos e deveres do voluntário (Anexo 3).

8. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO VOLUNTÁRIO

O cartão de identificação de voluntário deve conter obrigatoriamente elementos respeitantes à identificação do voluntário (nome e fotografia), bem como a área de atividade do voluntário.

Do cartão deve ainda constar a identificação da entidade responsável pela sua emissão, bem como a data em que foi emitido.

A suspensão ou a cessação da colaboração do voluntário determina a obrigatoriedade da devolução do cartão de identificação do voluntário à organização promotora.

(D.L. n.º 389/99 de 30 de Setembro artigo 3.º e 4.º)

Sempre que desempenhar funções na instituição o voluntário deverá exibir o cartão de identificação em local visível. O mesmo não deverá ser usado fora da instituição para outros fins não relacionados com a mesma.

9. CERTIFICAÇÃO DO TRABALHO DO VOLUNTÁRIO

A acreditação e certificação do trabalho voluntário efetua-se mediante certificado emitido pela organização promotora no âmbito da qual o voluntário desenvolve o seu trabalho, onde, para além da identificação do voluntário, deve constar, designadamente, o domínio da respetiva atividade, o local onde foi exercida, bem como o seu início e duração.

(D.L. n.º 389/99 de 30 de Setembro, artigo 5.º)

10. SUSPENSÃO DO VOLUNTARIADO

Consideram-se dois tipos de suspensões – a que ocorre por iniciativa do voluntário, que pode ser temporária ou definitiva, e aquela que ocorre por decisão da comissão promotora de voluntariado. Em caso de suspensão definitiva/cessação de funções, o cartão de identificação deverá ser entregue na instituição,

10.1 – Suspensão do voluntariado por iniciativa própria

O voluntário pode interromper ou cessar o trabalho voluntário a qualquer momento, no entanto, deverá informar a entidade promotora com a maior antecedência possível.

Deverá também preencher a respetiva carta de abandono onde deverá expressar a sua vontade de abandonar o programa de voluntariado, enunciando os motivos que o levaram a tal decisão (se desejar), e onde deverá ser registado a respetiva entrega do cartão (Anexo 4).

10.2 – Suspensão do voluntariado por iniciativa da instituição

A organização promotora pode dispensar a colaboração do voluntário a título temporário ou definitivo sempre que a alteração dos objetivos ou das práticas institucionais o justifique.

A organização promotora pode determinar a suspensão ou a cessação da colaboração do voluntário em todos ou em alguns domínios de atividade no caso de incumprimento grave e reiterado do programa de voluntariado por parte do voluntário.

(D.L. n.º 71/98 de 3 de Novembro, artigo 10.º)

Entenda-se, portanto, que qualquer incumprimento das normas que regulam o funcionamento da instituição e do programa de voluntariado poderá levar à suspensão do trabalho de voluntariado. Assim como, o desrespeito por qualquer uma das normas de conduta descritas na carta de direito e deveres do voluntário do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON.

Em caso de suspensão do voluntário por motivos de má conduta e desrespeito pelas normas da instituição, a comissão deverá redigir um relatório da situação onde deverá ser identificado o nome do voluntário em causa e descritas a(s) ação/ações que levaram à sua suspensão, assim como as os danos causadas para doentes, profissionais e/ou instituição (Anexo 5).

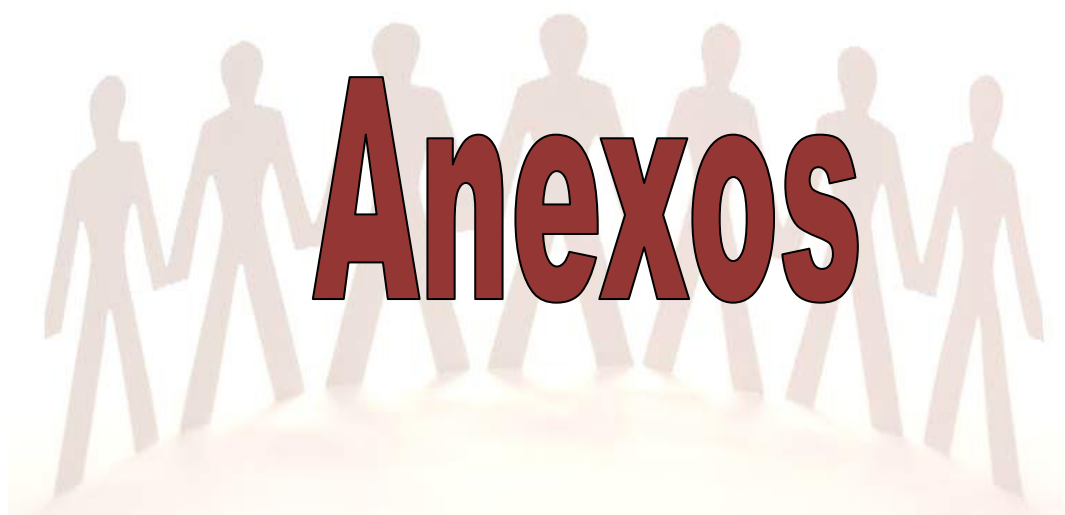
Bibliografia

CNPV: Conselho Nacional para a promoção do voluntariado. (2002). Guia do Voluntário. Acedido em http://www.voluntariado.pt/preview_documentos.asp?r=37&m=PDF em 21 de Abril de 2012.

Decreto - Lei nº 389/99 de 30 de Setembro (1999). Regulamenta a Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro, criando as condições que permitam promover e apoiar o voluntariado. Diário da República I Série. Nº 229 (30-09-1999), 6694-6698.

Decreto - Lei nº 71/98 de 3 de Novembro (1998). Estabelece as bases do enquadramento jurídico do voluntariado. Diário da República I Série. Nº 254 (03-1-1998), 5694-5696.

Decreto - Lei nº 94/00 de 20 de Abril (2000). Define a composição e o funcionamento do Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado. Diário da República II Série. Nº 94 (20-03-2000), 7235.



Anexos

Anexo 1 – Carta dos direitos e deveres do Voluntário

Anexo 2 – Requisitos básicos para o início da atividade de voluntariado

Anexo 3 – Ficha de inscrição de voluntariado

Anexo 4 – Carta de suspensão de voluntariado

Anexo 5 – Relatório de Suspensão de Funções por má conduta

ANEXO 1

Carta dos direitos e deveres do Voluntário

Carta de Direitos e Deveres do Voluntário

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Direitos

1. Ser reconhecido e respeitado nos direitos citados nos estatutos e regulamentos da instituição;
2. Ser informado sobre as normas e regulamentos básicos do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON;
3. Consultar a política de voluntariado do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON;
4. Receber formação inicial e contínua, tendo em vista o aperfeiçoamento do seu trabalho voluntário;
5. Receber apoio no desempenho do seu trabalho com acompanhamento e avaliação técnica;
6. Desenvolver um trabalho, de acordo com os seus conhecimentos, experiências, motivações e aptidões;
7. Participar das decisões que dizem respeito ao seu trabalho;
8. Ser-lhe atribuídas tarefas específicas e bem definidas;
9. Ser informado sobre as limitações da sua atuação como voluntário;
10. Exercer o seu trabalho voluntário em condições de higiene e segurança;
11. Estar informado sobre os objetivos, duração e lugar das atividades que vai realizar;
12. Ser reconhecido pelo trabalho que desenvolve com acreditação e certificação;
13. Estabelecer com a entidade que colabora um programa de voluntariado que regule as suas relações mútuas e o conteúdo, natureza e duração do trabalho voluntário que vai realizar;
14. Dispor de um cartão de identificação de voluntário;
15. Enquadrar-se no regime do seguro social voluntário, no caso de não estar abrangido por um regime obrigatório de segurança social;
16. Fazer avaliações regulares do seu desempenho;

Deveres

1. Respeitar as normas que regulam o funcionamento do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON;
2. Frequentar as ações de formação ministradas pela instituição destinados ao correto desenvolvimento do trabalho voluntário;
3. Atuar de forma empenhada, isenta e solidária;
4. Respeitar o utente e desempenhar as atividades de voluntariado sem discriminação quanto à nacionalidade, raça, sexo, opiniões políticas e/ou crenças religiosas;
5. Responder às necessidades do utente com humanidade e simpatia;
6. Ser sigiloso sobre qualquer tipo de informação relativa aos utentes;
7. Atuar como voluntário dentro das limitações estabelecidas;
8. Facilitar a integração, formação e participação de todos os voluntários;
9. Trabalhar em equipa e solucionar conflitos no exercício do trabalho voluntário;
10. Colaborar com os profissionais do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON, potenciando a sua atuação no âmbito de partilha de informação e em função das orientações técnicas inerentes ao respetivo domínio de atividade;
11. Colaborar com os profissionais do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON, respeitando as suas opções e seguindo as suas orientações técnicas;
12. Garantir a regularidade do exercício do trabalho voluntário de acordo com o programa acordado com a organização promotora;
13. Cumprir com responsabilidade as atividades para as quais se comprometeu realizar na data, hora e local marcado;
14. Informar atempadamente a organização promotora em caso de necessidade de faltar a um compromisso ou caso pretenda interromper ou cessar o trabalho voluntário;
15. Não realizar qualquer tipo de tarefa para a qual não tem autorização e que vá para além das atividades definidas para o voluntário;
16. Zelar pela boa utilização dos recursos materiais e dos bens, equipamentos e utensílios colocados ao seu dispor;

17. Utilizar devidamente o fardamento e o cartão de identificação de voluntário no exercício da sua atividade, se aplicável;
18. Não assumir o papel de representante da organização promotora sem o conhecimento e prévia autorização desta;

ANEXO 2

Requisitos básicos para o início da atividade de voluntariado

Requisitos básicos para o início da atividade de voluntariado

Nome: _____

O início da atividade de voluntariado no serviço de psiquiatria e saúde mental deverá obedecer ao cumprimento de determinados critérios definidos pela comissão promotora de voluntariado.

Deste modo, antes de iniciar funções, cada voluntário deverá cumprir os seguintes requisitos.

Requisito:	S	N	Data
• Preencheu a ficha de inscrição?	S	N	
• Frequentou formação?	S	N	
• Tem cartão de identificação?	S	N	
•	S	N	
•	S	N	

Nota:

Assino e autorizo o início de atividade do voluntario na instituição:

 Data: ___/___/___

ANEXO 3

Ficha de inscrição de voluntariado

Ficha de inscrição de voluntariado

Foto

1. Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: F M

Morada: _____

Nº telefone: _____

E-mail: _____

2. Habilitações literáriasSem escolaridade: 1º ciclo (até 4ºano) 2º ciclo (até 6ºano) 3º ciclo (até 9ºano) Secundário (até 12ºano) Ensino Universitário

Outras habilitações, especifique: _____

3. Experiência Profissional / Atividades complementares

Profissão: _____

Atividade Principal: _____

Outras atividades: _____

Experiência nas seguintes áreas:Social: Saúde: Administrativa/Gestão: Logística: Ensino: Dinamização cultural:

Outras áreas, especifique: _____

4. DisponibilidadeDiária: Semanal: Mensal: Fim-de-semana: Manhã: Tarde: N.º Horas: _____

Assinale os períodos a dedicar ao voluntariado:

Horário:	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sáb.	Dom.
9h							
10h							
11h							
12h							
13h							
14h							
15h							
16h							
17h							
18h							

Observações: _____

5. Em que áreas gostaria de colaborar?

6. Assinatura

Tomei conhecimento da carta de Direitos e Deveres do Voluntário

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

ANEXO 4

Carta de suspensão de voluntariado

Carta de Suspensão de voluntariado

Eu _____,
a partir da presente data pretendo cessar funções como voluntário (a) no serviço de psiquiatria e saúde mental. E, como tal, comprometo-me a empregar o cartão de identificação de voluntário.

Não desejo enunciar os motivos da minha decisão.

Desejo enunciar os motivos da minha decisão:

Data: __/__/__

Assinatura (voluntário): _____

(a preencher pela instituição)

Declaro que me foi entregue o cartão de identificação de voluntário
(nome)_____.

Data: __/__/__ _____

(Assinatura e carimbo)

ANEXO 5

Relatório de Suspensão de Funções por má conduta

Relatório de Suspensão de Funções por má conduta

No dia ____ do mês de _____ do ano de _____, a comissão promotora de voluntariado decidiu suspender as atividades de voluntariado de (nome) _____ por motivos de má conduta e/ou desrespeito das regras e normas estabelecidas.

Os motivos que levaram à sua suspensão foram os seguintes:

- a) _____;
- b) _____;
- c) _____;
- d) _____;
- e) _____.

Não existiram danos causados a doentes, profissionais e/ou instituição.

Existiram danos causados a doentes, profissionais e/ou instituição, e foram os seguintes:

_____ Data: __/__/__

(assinatura)

Planeamento da sessão/intervenção					
Tipo de intervenção:	Intervenção no autocuidado, autoconceito e autoestima - Dinamização do salão de cabeleireiro.				
Local de realização:	HDS – salão de cabeleireiro do serviço psiquiatria (internamento)	Data:	12 Julho 2012	Duração (prevista):	60 min
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O autoconceito pode ser entendido como <i>“a componente cognitiva ou de pensamento do self, e geralmente refere-se à totalidade de um sistema complexo, organizado e dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e opiniões que cada uma pessoa tem como verdadeiras sobre a sua existência pessoal”</i> (Huitt, 2004 citado por Townsend, 2011,p.250). ✓ Valente (2002) considera que o autoconceito é constituído por quatro componentes: o <i>self</i> físico, material, social e espiritual, os quais são organizadas hierarquicamente, ou seja, com uma importância crescente para a autoestima do indivíduo, conferindo-lhe categorias descritivas e avaliativas. ✓ Indivíduos com um autoconceito consistente e positivo manifestam atitudes de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça gerados pelos acontecimentos de vida, revelando perceções integradas e sem distorções do mundo e de si próprias permitindo deste modo a mobilização de estratégias adaptativas para lidar com a doença (Gomes e Ribeiro, 2001). ✓ Autoestima <i>“é um tipo de autoconceito com as características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva”</i> (CIPE, 2002, p. 58). ✓ Autocuidado – arranjar-se <i>“é um tipo de autocuidado higiene com as seguintes características específicas: tomar cuidado com a apresentação, manter o cabelo, barba, e bigodes bem cuidados, lavados, penteados, lisos ou frisados; limpar, cortar e limar as unhas; aplicar desodorizante, cosméticos e pinturas; manter a roupa limpa, sem cheiro e arrumada; verificar a aparência no espelho”</i> (CIPE, 2002, p. 59). ✓ Interação Social <i>“é um tipo de ação interdependente com as seguintes características específicas: ações de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos”</i> (CIPE, 2002, p. 65). 				

Objetivos:	✓ Promover o autocuidado, o autoconceito e a autoestima.			
Seleção dos participantes:	✓ Utentes internados no serviço de psiquiatria, em que não exista qualquer contra-indicação à realização da intervenção.			
Métodos e técnicas:		Espaço:	Tempo:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Selecionar os utentes para a intervenção. ✓ Preparar os materiais e o espaço físico. ✓ Convidar cada utente para a intervenção. ✓ Explicar os objetivos da intervenção. ✓ Solicitar que cada participante leve os seus objetos de autocuidado. ✓ Ajudar a identificar as atividades relacionadas com o autocuidado de maior interesse para a utente. ✓ Promover o arranjo pessoal, através do cuidado à pele, às unhas e cabelos. ✓ Promover o autocuidado de cada um. ✓ Promover a interação entre os diversos elementos. ✓ Encorajar os utentes a realizarem atividades em grupo, incentivando a socialização; ✓ Promover a interajuda entre os diversos elementos do grupo. ✓ Promover a autoestima. ✓ Fazer e promover a utilização de elogios, quando adequado. ✓ Ajudar a identificar as capacidades de cada elemento e reforçá-las. ✓ Supervisionar a comunicação. ✓ Terminar a sessão quando adequado. 		Sala de cabeleireiro do serviço de psiquiatria.		Secador Escovas Rolos Espelho Vernizes Acetona Compressas Tolhas pequenas Champô Creme hidratante
Bibliografia:	✓ CIPE (2002); Gomes e Ribeiro (2001); Sequeira (2006); Townsend (2011); Valente (2002);			

Grelha de Exame Mental

Nome:	Sr. ^a M. O.		
Data:	29-Jun-12	Hora:	14h00

Aparência	Contacto	Motricidade	Afetos
Aparência cuidada. Vestuário de acordo com sexo, idade, estatuto socio-económico, temperatura e estação do ano. Higiene mantida e adequada.	<input checked="" type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Dificil <input type="checkbox"/> Impossível <input type="checkbox"/> Negativista <input type="checkbox"/> Exuberante <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Superficial	<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Hiperativo <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Estático <input type="checkbox"/> Estuporoso	<input type="checkbox"/> Afeto sintónico <input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Restrito <input type="checkbox"/> Indiferente <input checked="" type="checkbox"/> Ambivalência afetiva <input checked="" type="checkbox"/> Labilidade emocional

Expressão Facial	Postura	Orientado	Humor
<input checked="" type="checkbox"/> Hipomímia <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Expressiva <input type="checkbox"/> Aterrorizada <input type="checkbox"/> Risos imotivados	<input type="checkbox"/> Expansiva <input type="checkbox"/> Retraída <input checked="" type="checkbox"/> Tensa <input type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Estereotípicas	<input checked="" type="checkbox"/> Autopsiquicamente <input checked="" type="checkbox"/> Alopsiquicamente Desorientado <input type="checkbox"/> Autopsiquicamente <input type="checkbox"/> Alopsiquicamente	<input type="checkbox"/> Eutímico <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Irritável <input type="checkbox"/> Lábil <input checked="" type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Mania <input type="checkbox"/> Hipomania

Linguagem	Movimentos dirigidos:	Alterações da percepção	Emoções								
Discurso <input type="checkbox"/> Lentificação <input checked="" type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> Loquacidade	<input type="checkbox"/> Maneirismos <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Ambitendência <input type="checkbox"/> Tiques <input type="checkbox"/> Estereotípicas <input type="checkbox"/> Automatismos <input type="checkbox"/> Impulsão <input type="checkbox"/> Compulsão <input type="checkbox"/> Manuseamentos e perseverações	<input type="checkbox"/> distorções sensoriais <input type="checkbox"/> enganos sensoriais <input type="checkbox"/> ilusões <input type="checkbox"/> alucinações <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>auditivas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>visuais</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>olfativas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>táteis</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	auditivas	<input type="checkbox"/>	visuais	<input type="checkbox"/>	olfativas	<input type="checkbox"/>	táteis	<input type="checkbox"/> Alexitimia <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> Ambivalência <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Ab-reação
<input type="checkbox"/>	auditivas										
<input type="checkbox"/>	visuais										
<input type="checkbox"/>	olfativas										
<input type="checkbox"/>	táteis										

Alterações Memória	Alterações da estrutura do eu
<input type="checkbox"/> imediata <input type="checkbox"/> recente <input type="checkbox"/> passado recente <input type="checkbox"/> remota	<input type="checkbox"/> Dejá-vu <input type="checkbox"/> Jamais-vu <input type="checkbox"/> Confabulações <input type="checkbox"/> Dissociação <input type="checkbox"/> Despersonalização <input type="checkbox"/> Desrealização <input type="checkbox"/> Alt. da imagem corporal

Ritmo	Forma do Pensamento	Funções Vitais
<input type="checkbox"/> ↑ latência das respostas <input type="checkbox"/> ↑ pausa entre palavras	<input type="checkbox"/> Pens. perseverante <input type="checkbox"/> Pens. sobre inclusivo	<input type="checkbox"/> ↑ Líbido <input type="checkbox"/> ↓ Líbido
Curso do Pensamento	Posse do Pensamento	Fome/sede
<input type="checkbox"/> Discurso saltitante <input type="checkbox"/> Bradipsiquia <input type="checkbox"/> Taquipsiquia <input type="checkbox"/> Fuga de ideias <input type="checkbox"/> Bloqueio do (-) <input type="checkbox"/> Inibição do (-) <input type="checkbox"/> Descarrilamento	<input type="checkbox"/> Alienação do Pensamento <input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/> Obsessões	<input type="checkbox"/> Hiperfagia <input type="checkbox"/> Polidipsia
	Conteúdo do pensamento	Instinto conservação
	<input type="checkbox"/> Pobreza pensamento <input type="checkbox"/> Ideia sobrevalorizada <input type="checkbox"/> Delírio	<input type="checkbox"/> Ideação suicida <input type="checkbox"/> Automutilação
	<input type="checkbox"/> persecutório <input type="checkbox"/> grandiosidade <input type="checkbox"/> referência <input type="checkbox"/> controle	Sono
		<input checked="" type="checkbox"/> Insónia <input type="checkbox"/> Hipersónia

Observações:

Enfermeira/o: Carla Matias

Grelha de Exame Mental

ESTUDO DE CASO



INTRODUÇÃO

Os estudos de casos foram os precursores dos planos de cuidados, que, por sua vez, se constituíram nas primeiras expressões do *Processo de Enfermagem*, sendo um dos métodos mais antigos utilizados no ensino de enfermagem. Florence Nightingale utilizava com seus alunos uma variação deste método, exigindo que estes registassem num caderno próprio os casos mais interessantes experienciados, os quais serviriam como objeto de estudo e posteriormente avaliados por si (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

O estudo de caso “consiste numa investigação detalhada (...) que visa fornecer uma análise do contexto e dos processos envolvidos no fenómeno em estudo e (...) o interesse do investigador é a relação entre o fenómeno e o seu contexto” (Hartley, 1994, p. 253).

Com a elaboração deste estudo de caso pretenderei também atingir algumas das competências definidas pela OE (2010) para o enfermeiro especialista em saúde mental, nomeadamente a realização e implementação de um plano de cuidados individualizado em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, assim como a identificação dos resultados esperados com a implementação do projeto de saúde, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

O presente estudo caso está estruturado da seguinte forma: identificação e enquadramento da patologia/diagnóstico; anamnese; identificação da terapêutica prescrita; a avaliação do estado mental; genograma; plano de cuidados; descrição das intervenções terapêuticas; considerações finais; e por último, as referências bibliográficas. Em anexos apresento alguns dados complementares ao estudo de caso.

A PATOLOGIA – da doença à pessoa e da pessoa à doença

A utente alvo do estudo de caso apresentado encontrou-se internada no serviço de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, no período compreendido entre 18 e 29 de Junho de 2012, com o diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major*.

De acordo com o sistema multiaxial do DSM-IV-TR (Frances e Ross, 2004) o diagnóstico foi o seguinte:

Eixo I - Perturbação Depressiva *Major*.

Eixo II – Sem diagnóstico.

Eixo III – Nada.

Eixo IV – Nada.

Eixo V – AGF não avaliada.

No entanto apesar de não ter sido realizada a Avaliação Global Funcional (AGF) atrever-me-ia classificar a AGF = 50, correspondendo a sintomatologia grave e deficiência do funcionamento social e ocupacional.

Relativamente aos critérios para o episódio depressivo *major* a utente apresenta os seguintes sintomas: humor depressivo durante a maior parte do dia, diminuição do prazer e interesse em quase todas as atividades, insónia, sentimentos de desvalorização, pensamentos recorrentes acerca da morte e diminuição da capacidade de concentração. Os referidos sintomas causam mal-estar clinicamente significativo e deficiência no funcionamento social e ocupacional.

A depressão constitui a principal causa de incapacitação a nível mundial e fisiologicamente sabe-se que os estados angustiados e deprimidos criam maior suscetibilidade para outras doenças “físicas” desencadeando mudanças a nível endócrino e imunitário (OMS, 2002).

Esta patologia caracteriza-se clinicamente por humor deprimido, anedonia e fadiga, afetando muitas das atividades de vida diárias destes doentes, tais como o sono, alimentação e a sexualidade, aliados a pensamentos de conteúdos negativos pessimistas sobre si, evidenciando uma baixa autoestima (Katona e Robertson, 2009).

O estado depressivo é, um estado geralmente transitório, constituído pelos seguintes quatro componentes: humor deprimido (acompanhado de uma visão pessimista de si mesmo e do mundo), lentificação ou inibição, ideação suicida e/ou comportamento

suicida e sinais objetivos (por exemplo, insónia, astenia, anorexia...) (Pedinielli e Bernoussi, 2006).

De acordo com Beck existem correlações negativas entre a sintomatologia depressiva e o autoconceito, sendo que a maioria dos deprimidos tem um juízo negativo de si próprios (Costa e Moniz, 2007). Em estudos realizados por Vaz Serra foi comprovado que as pessoas com perturbações emocionais tendem a ter um autoconceito pobre, tendo o mesmo sido verificado para os indivíduos com sintomatologia depressiva (Albuquerque e Oliveira, 2002).

ANAMNESE – a colheita de dados

A Sr.^a M.O.R. deu entrada no internamento do serviço de psiquiatria do HDS no dia 18 de Junho de 2012, proveniente do serviço de urgência (onde chegou pelas 9h50) onde recorreu por quadro de humor depressivo, isolamento, labilidade emocional, com choro fácil, e ideação suicida pouco estruturada, com esboço de plano (*“passa-me tudo e mais alguma coisa (...) quero morrer para se acabar tudo, para acabar os problemas todos (...) o que me tem aguentado mais é o mais pequeno, não me custa nada,... uma corda...”*). Foi internada para estabilização do quadro (depressivo) e por risco de suicídio, atendendo em especial à história familiar. A própria doente solicitou o internamento.

Não conseguiu referir, de forma clara, o que a leva a pensar no suicídio, no entanto, relatou que o facto de se sentir desapojada no dia-a-dia, assim como, o facto de não cumprir regularmente o plano terapêutico levou ao agravamento da sintomatologia depressiva. Negou conflitos com o marido.

A paciente é seguida em consulta (externa) de psiquiatria, pela Dr.^a Joana Lopes, por sintomas depressivos arrastados. Teve um internamento anterior, no mesmo serviço, entre 30 de maio e 5 de Junho de 2012, por ideação suicida que rapidamente remitiu. Nesse internamento manteve interação muito próxima com outros doentes, e alegava que o internamento era a sua verdadeira casa.

No atual internamento manteve o mesmo comportamento, tal com descrito nos registos do internamento anterior. Volta a referir, em diálogo com outra utente, *“aqui é que temos os verdadeiros amigos, não é lá fora, aqui estão pessoas como nós que*

nos compreendem.” Apresentou boa interação, quer com os utentes, quer com os profissionais e participou em todas as atividades propostas.

A paciente identificada – M.O., é uma mulher com 42 anos, nascida em Fevereiro de 1970, natural do concelho da Chamusca, distrito de Santarém, onde vive atualmente na freguesia de Xxxx. Trabalha na junta de freguesia da mesma localidade. Tem como habilitações literárias o 4º ano de escolaridade.

É casada “*há mais de 20 anos*” e reside com o marido, com quem tem uma relação conflituosa. Relata episódios anteriores de violência doméstica, que atribui à época em que ele mantinha consumos de álcool de forma abusiva. Atualmente nega estes acontecimentos. Diz que tem saudades de quando ele era carinhoso para consigo. “*Agora não faz carinhos nem brincadeiras como fazia*”. Manifesta queixas não só da relação afetiva mas também sexual, relatando que raramente têm relações e quando as têm...”*duram pouco*.” Diz que já lhe sugeriu procurar ajuda para o problema, “*mas ele não quer*”, atribuindo esse facto a sentimentos de vergonha.

Tem dois filhos, com 21 e 16 anos. O filho mais velho, como quem tem uma fraca relação, é militar e vive com a namorada. Refere-se ao filho mais novo como sendo muito nervoso, e diz ter uma boa relação com este.

Relata uma boa relação com a mãe, que vive relativamente próxima de si, e a qual visita com uma frequência quinzenal. O pai faleceu há cerca de um ano – suicidou-se. Os pais estavam separados há cerca de 14 anos. A M.O. e o pai tinham uma relação distante, e só há cerca de 3-4 anos se aproximaram. Também a avó paterna e uma tia se suicidaram. Todos pela forma de enforcamento. Os avós paternos têm patologia psiquiátrica, que não sabe especificar, e tem vários familiares com história de alcoolismo. Fala também de uma amiga – “*grande amiga e vizinha*” – que se suicidou este ano. Foi a M.O. que a encontrou enforcada no quintal. A paciente tem história prévia de tentativa de suicídio através de ingestão medicamentosa voluntária há 12 anos.

Durante o internamento a M.O. manteve sinais vitais dentro do padrão normal, apresentando-se normotensa, normacárdica e apirética. Apresentando como valores de referência os dados colhidos na avaliação inicial: TA = 112/87 mmHg; FC = 19 bcm; Temperatura timpânica = 36 °C; Peso = 69 kg.

O seu padrão habitual de sono são 7 horas consecutivas, durante o período noturno. Refere atualmente insónia terminal.

TERAPÊUTICA PRESCRITA – a ajuda farmacológica

No domicílio, a M.O. estava medicada com:

- Lamotrigina 100 mg 0 + 0 + 1;
- Quetiapina 200 mg 0 + 0+ 0+ 1
- Lorazepam 2,5 mg em SOS

Referiu, à entrada, que cumpre irregularmente a terapêutica “*os medicamentos, umas vezes tomo, outras vezes não...*” Relativamente à Lamotrigina diz que “*tem tomado*”.

Atualmente (no internamento) está medicada com:

Fármaco	Posologia	Grupo terapêutico
Lamotrigina 100 mg	1 + 0 + 1 + 0	Anti-epiléticos e anti-convulsivantes
Alprazolam Lp 0,5 mg	1 + 0 + 1 + 0	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
Quetiapina 200 mg	0 + 0 + 0 + 1	Antipsicóticos
Amissulprida 50 mg	0 + 1 + 0 + 0	Antipsicóticos
Flurazepam 30 mg	SOS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
Alprazolam 1 mg	SOS	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
Haloperidol 10 mg	SOS	Antipsicóticos

O ESTADO MENTAL – a avaliação pela observação

A Sr.^a M.O. apresenta-se com vestuário cuidado e adequado à sua idade, sexo, estatuto socio-económico, e ajustado à temperatura ambiental e estação do ano. É uma mulher de estatura média, com acumulação de alguma massa adiposa na região abdominal e nas coxas. Estado de higiene e cuidados corporais adequados.

Quanto ao estado de consciência encontra-se consciente, e aparentemente orientada auto e alopsiquicamente. Não se apuram alterações da perceção, nem da forma e conteúdo do pensamento. Sem alterações da memória. Refere insónia terminal.

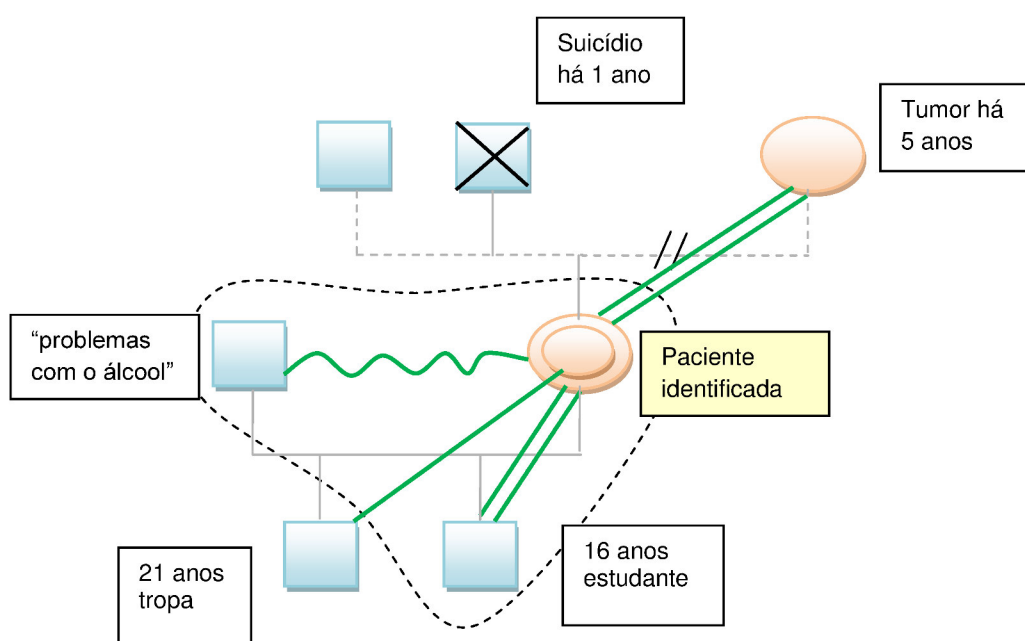
Apresenta contacto fácil, com motricidade livre mas postura tensa. Apresenta labilidade emocional, e por vezes alguma ambivalência afetiva. Habitualmente manifesta ansiedade. A expressão facial é habitualmente hipomímica. O humor é depressivo, oscilando com períodos em que apresenta humor com características de hipomania.

Por vezes, manifesta ligeira pressão do discurso, sobrepondo-se ao discurso de outros com quem dialoga, manifestando alguma dificuldade em aguardar pelo momento oportuno e adequado para se expressar. Comunicativa e interativa, quer com os utentes, quer com os técnicos.

A descrição da avaliação do estado mental da Sr.^a M.O. encontra-se sintetizada na grelha de exame do estado mental em anexo.

GENOGRAMA – o esboço do sistema familiar

Um genograma consiste num diagrama visual da árvore genealógica da família, identificando o número de pessoas que a ela pertencem, bem como os casamentos, separações, divórcios... Segundo Hanson (2005, p.189) “*um genograma é um formato para um desenho de uma árvore genealógica, que regista informação acerca dos membros da família e das relações ao longo de pelo menos três gerações (...)*”. O genograma apresentado pertence à família da Sr.^a M. e é baseado na simbologia de McGoldrick, Gerson e Minuchin (Wendt & Crepaldi, 2007).



PLANO DE CUIDADOS - Diagnósticos e intervenções de enfermagem de saúde mental

Plano de Cuidados	
Diagnóstico	Intervenções
Depressão atual Depressão - “emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (CIPE 2011, p.48).	<ul style="list-style-type: none">✓ Procurar e/ou interpretar sinais ou indícios relativos a depressão✓ Assistir na identificação das causas prováveis✓ Estar presente / Escutar ativamente✓ Informar que a situação atual constitui um estado temporal✓ Encorajar / Confortar✓ Reforçar apoio psicológico tocando✓ Instruir sobre estratégias de coping✓ Reforçar aquisição de estratégias de coping✓ Incentivar as inter-relações✓ Promover a participação em atividades de distração✓ Promover diálogo e verbalização de sentimentos✓ Promover redescoberta e reencontro de interesses e prazeres✓ Promover a esperança

Plano de Cuidados	
Diagnóstico	Intervenções
<p>Ansiedade atual</p> <p>Ansiedade - “<i>emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia</i>” (CIPE, 2011, p.39).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procurar e/ou interpretar sinais ou indícios relativos a ansiedade ✓ Assistir na identificação das causas prováveis ✓ Gerir ambiente ✓ Apoiar emocionalmente ✓ Reforçar a relação terapêutica ✓ Confortar / Tranquilizar ✓ Estar presente / Escutar ativamente ✓ Instruir sobre técnica de relaxamento ✓ Treinar técnica de relaxamento ✓ Providenciar medidas de segurança ✓ Informar que a situação atual constitui um estado temporal ✓ Referir para consulta médica ✓ Executar técnica de reestruturação cognitiva

Plano de Cuidados

Diagnóstico	Intervenções
<p>Ideação suicida</p> <p>Suicídio - "Comportamento Autodestrutivo com as características específicas: Execução de atividades suicidas que levam à própria morte." (CIPE, 2005, p.47)</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Procurar e/ou interpretar sinais ou indícios relativos a tentativa de suicídio✓ Estar presente / Escutar ativamente✓ Tranquilizar /Confortar✓ Reforçar medidas segurança/ Manter ambiente seguro✓ Restringir acesso a equipamentos e/ou locais de risco✓ Promover diálogo e verbalização de sentimentos✓ Promover esperança✓ Vigiar comportamentos✓ Incentivar a ocupação em atividades lúdicas

Plano de Cuidados	
Diagnóstico	Intervenções
Humor diminuído Humor - “tipo de <i>emoção</i> <i>Com as seguintes características específicas: níveis de sentimentos e totalidades emocionais.</i> ” (CIPE, 2000, p.52).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procurar e/ou interpretar sinais ou indícios relativos a depressão ✓ Assistir na identificação de causas prováveis ✓ Estar presente/escutar ativamente ✓ Informar que a situação atual constitui um estado temporário ✓ Instruir sobre estratégias de <i>coping</i> ✓ Incentivar as inter-relações ✓ Promover a participação em atividades de distração ✓ Promover diálogo e verbalização de sentimentos ✓ Avaliar a resposta aos antidepressivos

Plano de Cuidados	
Diagnóstico	Intervenções
<p>Insónia atual</p> <p>Insónia - Sono com as características específicas: Incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono (CIPE, 2005, p.52).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procurar e/ou interpretar sinais ou indícios relativos a padrão de repouso/sono ✓ Incentivar autocuidado, padrão de repouso/sono ✓ Ensinar sobre hábitos de repouso/sono corretos ✓ Colaborar no planeamento do sono/repouso ✓ Colaborar na gestão do ambiente ✓ Negociar restrição de sono diurno ✓ Instruir sobre técnicas de relaxamento ✓ Solicitar colaboração do serviço médico, se necessário.

Plano de Cuidados

Diagnóstico	Intervenções
<p>Adesão terapêutica</p> <p>Adesão ao regime terapêutico – “ <i>tipo de gestão do regime terapêutico com as seguintes características específicas:</i> desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito (...)” (CIPE, 2005, p. 62).</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Procurar e/ou interpretar sinais ou indícios relativos a adesão terapêutica✓ Assistir na identificação dos motivos para a adesão terapêutica✓ Procurar a motivação para a adesão terapêutica✓ Promover diálogo e verbalização de dúvidas sobre regime terapêutico✓ Ensinar sobre regime terapêutico✓ Colaborar no planeamento do regime terapêutico✓ Motivar para a adesão ao regime terapêutico✓ Vigiar adesão ao regime de tratamento✓ Reforçar autoconsciência da doença

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Além das intervenções descritas nos planos de cuidados, foram realizadas outras intervenções com a paciente identificada, individualmente e em grupo.

No dia 19 de Junho participou na atividade de grupo “Autorretrato.”

Nesta intervenção a M.O. manifestou ao longo da sessão discurso com conteúdo depressivo. Apresentou o seu desenho, referindo que era muito escuro, pois é assim que se sente. Desenhou a sua casa e o seu sofá, com quatro lugares em que um deles é ocupado por si. Mais tarde falou da falta de apoio familiar, principalmente do marido, dizendo “*é como se não estivesse lá.*” Falou do quanto gosta do mar, e de quanto gostou de ter ido à praia da Foz do Arelho.

Escreveu por baixo de desenho:

“Eu O. desenhei eu no sofá triste sozinho sem ninguém. Estou no escuro onde me sinto bem. Se pudesse voar voava como uma andorinha voava voava sem parar. Hoje sou uma pessoa triste, infeliz, amargurada e triste. Não sou ninguém sou a pessoa mais infeliz do mundo. Se pudesse voar como um passarinho voava voava e gostava ser muito feliz. Mas como vou buscar essa felicidade.

Meu nome M. O. R.”



Foi aplicada a escala medida de manifestação de bem-estar (validada para a população portuguesa por Monteiro, Tavares e Pereira, 2006), com um total de 37 pontos, indiciando “Fracca manifestação de bem-estar.”

No dia 20 de Junho foi realizada intervenção de âmbito psicoterapêutico individual com a M.O. Nesta sessão foi feita grande parte da colheita de dados sobre a história clínica, antecedentes pessoais e familiares, e realizadas parte das intervenções descritas no planeamento de cuidados.

No dia 21 de Junho participou na atividade de grupo “explorar os sonhos através e modelagem livre.” A M.O. apresentou-se muito comunicativa e expressiva verbal e não verbalmente. Interagiu com todos os elementos do grupo e teve que ser algumas

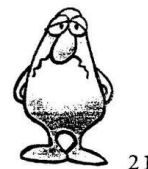
vezes contida no discurso, de forma a deixar terminar o discurso dos outros elementos. Quanto ao conteúdo dos seus sonhos, continua a dizer que são todos maus. No entanto, posteriormente quando narra o conteúdo de um sonho, narra um “sonho bom” – tinha ido viajar e ter com a prima a França.

No dia 29 de Junho participou na atividade de grupo “Quem eu sou?” Apresentou-se, ao longo da sessão, muito comunicativa e interativa com todos os elementos do grupo. Muito autocentrada nas suas problemáticas, interrompendo algumas vezes o discurso dos outros elementos, para falar dos seus problemas. Muito demonstrativa. Respondeu aos objetivos identificando-se com as imagens da seguinte forma:

Eu sou com o nº 29.



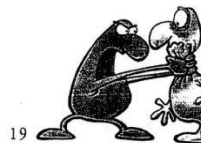
Os outros veem-me como o nº 21



Gostaria que os outros me vissem como o nº 24.



E que não me vissem como o nº 19.



Após as intervenções, foi novamente aplicada a escala medida de manifestação de bem-estar, com 45 pontos, mantendo “fraca manifestação de bem-estar”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS – do planeamento à avaliação

Realizar este estudo de caso permitiu-me sistematizar a informação quanto à informação colhida e às intervenções realizadas, refletindo e organizando o pensamento relativamente às mesmas, promovendo a reflexão e contribuindo assim para melhorar as intervenções.

A descrição do diagnóstico médico, foi baseado no diagnóstico nos registos clínicos. No entanto, de acordo com a colheita de dados efetuada, considerando a terapêutica prescrita e sobretudo através do exame do estado mental, surgem algumas características que não se enquadram totalmente na patologia de depressão. Tendo, portanto, um sentido crítico relativamente à patologia de base, considerando que haverá algo mais do que depressão.

Apresento no quadro abaixo, a evolução da utente quanto aos diagnósticos de enfermagem levantados.

Diagnósticos de enfermagem	
1ª semana internamento	Última semana internamento
Depressão atual em grau elevado	Depressão atual em grau ligeiro
Ansiedade atual em grau elevado	Ansiedade atual em grau moderado
Ideação suicida atual	Ideação suicida - nenhum
Humor diminuído em grau elevado	Humor diminuído em grau ligeiro
Insónia atual	Insónia melhorada
Adesão terapêutica comprometida	Adesão terapêutica melhorada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. M. & Oliveira, C. P. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito. *Millenium Revista do ISPV*, 26, 79-84. Acedido em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium_26/26_22.htm em 19 de Fevereiro de 2012.
- Amaral, A. C. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental. Loures: Lusociência.
- CIPE (2000). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão Beta 2. (2ª edição). Conselho internacional de enfermeiros. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- CIPE (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 1.0 (1ª edição). Conselho internacional de enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- CIPE (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 2. Conselho internacional de enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Costa, A. & Moniz, A. (2007). Depressão e factores cronobiológicos. Tese doutoramento. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia; Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7820/1/tese%20de%20Ana%20godinho.pdf> em 26 de Dezembro de 2011.
- Frances. A. & Ross, R. (2004). Casos Clínicos DSM-IV-TR. Guia para o diagnóstico presencial (1ª edição). Lisboa. Climepsi.
- Galdeano, L. Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11 (3): 371-5. Acedido em www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1778/1823 em 23 de março de 2014.
- Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Hartley, J. F. (1994). Case studies in organizational research. *In*: Cassell & Symon, Qualitative methods in organizational research: a practical guide (pp. 208 – 229). London: Gillian ed.

- Katona, C. & Robertson, M.. (2005). Compêndio de psiquiatria. Coleção medicina e saúde. Lisboa; Instituto Piaget.
- NOC: Johnson, M.; Mass, M. & Moorhead, S. (2004): Classificação dos Resultados de Enfermagem. (2ª edição). Porto Alegre: Artmed editor.
- OE (2010). Ordem dos enfermeiros Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf em 31 de Outubro de 2011.
- OMS (2002). Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. 1ª edição. Lisboa. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde.
- Pedinielli, J-L. & Bernoussi. (2006). Os estados depressivos (1ª edição). Lisboa: Climepsi editores.
- Prontuário Terapêutico (2011). Ministério da Saúde. Lisboa: Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP / Ministério da Saúde.
- Wendt, N. & Crepaldi, M. A. (2007). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf> em 5 de Maio de 2012.

Anexos

Nome: Sr.^a M. O. _____

Data: 20 Junho 2012

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Nível da depressão

Definição: Gravidade do humor melancólico e perda do interesse pelos eventos da vida.

Nível da depressão		Grave	Substantial	Moderado(a)	Leve	Nenhum(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Humor deprimido	1	2	3	4	5
2	Perda de interesse pelas atividades	1	2	3	4	5
3	Perda do prazer com as atividades	1	2	3	4	5
4	Concentração prejudicada	1	2	3	4	5
5	Expressão de culpa inadequada ou excessiva	1	2	3	4	5
6	Fadiga expressa	1	2	3	4	5
7	Sentimentos de não-valia expressos	1	2	3	4	5
8	Retardo/agitação psicomotores	1	2	3	4	5
9	Insónia ou sono em excesso	1	2	3	4	5
10	Perda de peso significativa	1	2	3	4	5
11	Mudança significativa do apetite	1	2	3	4	5
12	Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio	1	2	3	4	5
13	Falta de indecisão	1	2	3	4	5
14	Tristeza	1	2	3	4	5
15	Crises de choro	1	2	3	4	5
16	Raiva	1	2	3	4	5
17	Desesperança	1	2	3	4	5
18	Solidão	1	2	3	4	5
19	Baixa autoestima	1	2	3	4	5
20	Perda da libido	1	2	3	4	5
21	Nível de atividade alterado	1	2	3	4	5
22	Falta de espontaneidade	1	2	3	4	5
23	Irritabilidade	1	2	3	4	5
24	Abuso de substância	1	2	3	4	5
25	Higiene pessoal/arrumar-se insatisfatórios	1	2	3	4	5

Nome: Sr.^a M. O. _____

Data: 29 Junho 2012

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Nível da depressão


Definição: Gravidade do humor melancólico e perda do interesse pelos eventos da vida.

Nível da depressão

		Grave	Substancial	Moderado(a)	Leve	Nenhum(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Humor deprimido	1	2	3	4	5
2	Perda de interesse pelas atividades	1	2	3	4	5
3	Perda do prazer com as atividades	1	2	3	4	5
4	Concentração prejudicada	1	2	3	4	5
5	Expressão de culpa inadequada ou excessiva	1	2	3	4	5
6	Fadiga expressa	1	2	3	4	5
7	Sentimentos de não-valia expressos	1	2	3	4	5
8	Retardo/agitação psicomotores	1	2	3	4	5
9	Insónia ou sono em excesso	1	2	3	4	5
10	Perda de peso significativa	1	2	3	4	5
11	Mudança significativa do apetite	1	2	3	4	5
12	Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio	1	2	3	4	5
13	Falta de indecisão	1	2	3	4	5
14	Tristeza	1	2	3	4	5
15	Crises de choro	1	2	3	4	5
16	Raiva	1	2	3	4	5
17	Desesperança	1	2	3	4	5
18	Solidão	1	2	3	4	5
19	Baixa autoestima	1	2	3	4	5
20	Perda da libido	1	2	3	4	5
21	Nível de atividade alterado	1	2	3	4	5
22	Falta de espontaneidade	1	2	3	4	5
23	Irritabilidade	1	2	3	4	5
24	Abuso de substância	1	2	3	4	5
25	Higiene pessoal/arrumar-se insatisfatórios	1	2	3	4	5

Gestão de CAISM

Data entrega do pedido	Nome utente	Nº referência	Enviado por... UCSP/USF/UCC/MF	Atribuído CAISM a...		Data da recolha	Rubrica	Estado
				Equipa	Técnico			

Legenda de cores:  Amarelo – Prioritário ;  Laranja – Muito prioritário

Avaliação inicial – colheita de dados – admissão

Nome:

Antecedentes pessoais

Proviência	Acompanhado por...	Motivo de internamento:
S.U.		
Cons. Ext.		
Domicílio		
	Médico:	Diagnóstico:
Obs.:		

Identificação

Nome preferido:	Religião:
Profissão:	Etnia:
Escolaridade:	Nacionalidade:

Enquadramento familiar/social

Prestador de Cuidados		Familiar/convivente	
Nome:		Pais - _____	Avô/ó - _____
Grau de parentesco:		Mãe - _____	
Contacto:		Filho(s) - _____	
Meio envolvente (rural/urbano)		Obs.:	
Residência:	Destino após a alta:		
Próprio	Residência própria		
Familiar	Residência familiar		
Instituição	Instituição		

Condições do utente

Integridade cutânea	Membrana mucosa	Sinais Vitais	Respiração
Íntegra	sem alterações	TA = _____ mmHg	
Ferida cirúrgica	seca	FC = _____ bcm	
Úlcera	descorada	Temp. = _____ °C	Circulação
Escoriações		Peso = _____ Kg	
		Dor: _____	

Padrão alimentar	Eliminação vesical	Padrão de sono	Mobilidade	Higiene
n.º refeições	Padrão: _____	Horas de sono	Independente	cuidada
restrições:	Algália - (n.º __)	Medicação -	ajuda parcial/total	descuidada
alergias:	Eliminação intestinal	Med. Ñ Farmac.	Auxiliar marcha	Padrão: _____
SNG - (n.º __)	Padrão: _____	Insónia	Cadeira de rodas	ajuda parcial
prótese dent.	Últ. dejeção: _____	Hipersónia	Risco de queda	ajuda total

Obs.:

Estado emocional

Comunicação

--	--

Indicadores NOC para avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem

NOC: Johnson, M.; Mass, M. & Moorhead, S. (2004). Classificação dos Resultados de Enfermagem. (2ª edição). Porto Alegre: Artmed editor.

ÍNDICE

Aceitação: Estado de Saúde.....	4
Ajuste Psicossocial: Mudança de Vida.....	5
Auto cuidado: Atividade de vida diária.....	6
Autocontrole de Comportamento Abusivo.....	7
Autoestima.....	8
Bem-estar.....	9
Capacidade Cognitiva.....	10
Comportamento de aceitação.....	11
Comportamento de promoção de Saúde.....	12
Comportamento de tratamento: Doença ou Lesão.....	13
Confronto Familiar.....	14
Conhecimento: Controle do uso de substância.....	15
Conhecimento: Medicação.....	16
Conhecimento: Processo da Doença.....	17
Conhecimento: Regime de Tratamento.....	18
Conhecimento: Segurança Pessoal.....	19
Consequências da Dependência de Substâncias.....	20
Controle da Ansiedade.....	21
Controle da Depressão.....	22
Controle de Pensamento Distorcido.....	23
Controle de Riscos: Uso de Álcool.....	24
Controle de Riscos: Uso de Drogas.....	25
Controle de Sintomas.....	26
Controle do Peso.....	27
Crenças de Saúde: Capacidade percebida para o Desempenho.....	28
Crenças de Saúde: Recursos Percebidos.....	29
Deteção de Riscos.....	30
Dor: Efeitos Nocivos.....	31
Envolvimento Social.....	32
Equilíbrio do Humor.....	33
Esperança.....	34
Estado de Envelhecimento Físico.....	35
Estado de Saúde da Família.....	36

Nível da depressão.....	37
Nível da dor.....	38
Nível de Conforto.....	39
Orientação cognitiva.....	40
Participação: Decisões sobre Cuidados de Saúde.....	42
Paternidade/Maternidade.....	43
Proteção Contra Abuso.....	44
Qualidade de vida.....	45
Repouso.....	46
Respostas à medicação.....	47
Rutina do Estilo de Vida do Cuidador.....	48
Saúde Emocional do Cuidador.....	49
Sexualidade.....	50
Solidão.....	51
Solução do luto.....	52
Sono.....	53
Suporte Social.....	54
Tomada de Decisões.....	55
Vínculo Pais/Bebé.....	56

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Aceitação: Estado de Saúde

Definição: Reconciliação com as circunstâncias de Saúde.

Aceitação: Estado de Saúde		Nenhum(a)		Limitado(a)		Moderado(a)		Substancial		Extensivo(a)	
Indicadores:		1		2		3		4		5	
1	Sensação de paz		1		2		3		4		5
2	Abandono de Conceito de saúde anterior		1		2		3		4		5
3	Calma		1		2		3		4		5
4	Demonstra autoconsideração positiva		1		2		3		4		5
5	Aprofundamento da Intimidade		1		2		3		4		5
6	Reações expressas ao estado de saúde		1		2		3		4		5
7	Sentimentos expressos ao estado de saúde		1		2		3		4		5
8	Reconhecimento da realidade da situação de saúde		1		2		3		4		5
9	Busca de Informação		1		2		3		4		5
10	Enfrentamento da situação de saúde		1		2		3		4		5
11	Tomada de decisão relacionada à saúde		1		2		3		4		5
12	Esclarecimento de valores		1		2		3		4		5
13	Renovação de senso de merecimento		1		2		3		4		5
14	Desempenho de tarefas de autocuidado		1		2		3		4		5
15	Outro:		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Ajuste Psicossocial: Mudança de Vida

Definição: Adaptação Psicossocial de um indivíduo a uma mudança de vida.

Ajuste Psicossocial: Mudança de Vida		Nenhum(a)	Limitado(a)	Moderado(a)	Substancial	Extensivo(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Estabelecimento de Metas Realistas	1	2	3	4	5
2	Manutenção da Auto-estima	1	2	3	4	5
3	Expressões de produtividade	1	2	3	4	5
4	Expressões de utilidade	1	2	3	4	5
5	Expressões de otimismo sobre o presente	1	2	3	4	5
6	Expressões de otimismo sobre o futuro	1	2	3	4	5
7	Expressões de sensação de poder	1	2	3	4	5
8	Identificação de múltiplas estratégias de enfrentamento	1	2	3	4	5
9	Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	1	2	3	4	5
10	Controle eficaz das finanças	1	2	3	4	5
11	Expressões de satisfação com os arranjos de vida	1	2	3	4	5
12	Expressões de sentir-se socialmente envolvido	1	2	3	4	5
13	Expressões de apoio social adequado	1	2	3	4	5
14	Participação em interesses de lazer	1	2	3	4	5
15	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Autocuidado: Atividade de vida diária

Definição Capacidade para desempenhar as tarefas físicas e atividades de cuidados pessoais mais básicos.

Autocuidado: Atividade de vida diária		Dependente		Necessita de pessoa e mecanismos auxiliares		Necessita de pessoa auxiliar		Independente com mecanismo auxiliar		Independente	
		1	2	3	4	5					
Indicadores:		1	2	3	4	5					
1	Alimentação	1	2	3	4	5					
2	Vestir-se	1	2	3	4	5					
3	Higiene íntima	1	2	3	4	5					
4	Banho	1	2	3	4	5					
5	Arrumar-se	1	2	3	4	5					
6	Higiene íntima	1	2	3	4	5					
7	Higiene oral	1	2	3	4	5					
8	Deambulação: Andar	1	2	3	4	5					
9	Deambulação: Cadeira de rodas	1	2	3	4	5					
10	Desempenho na transferência	1	2	3	4	5					
11	Outro	1	2	3	4	5					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Autocontrole de Comportamento Abusivo

Definição: Autocontenção dos próprios comportamentos para evitar abuso e negligência de dependentes ou pessoas significativas

Autocontrole de Comportamento Abusivo		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Consistentemente
		demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Evita comportamento fisicamente abusivo	1	2	3	4	5
2	Evita comportamento emocionalmente abusivo	1	2	3	4	5
3	Evita comportamento sexualmente abusivo	1	2	3	4	5
4	Evita negligência de necessidades básicas do dependente	1	2	3	4	5
5	Usa mecanismos de enfrentamento alternativos de estresse	1	2	3	4	5
6	Discute o comportamento abusivo	1	2	3	4	5
7	Identifica fatores colaboradores para comportamento abusivo	1	2	3	4	5
8	Expressa sentimentos sobre a vítima	1	2	3	4	5
9	Identifica recursos comunitários disponíveis para ajuda	1	2	3	4	5
10	Expressa frustrações	1	2	3	4	5
11	Usa comportamentos de preocupação em relação à vítima	1	2	3	4	5
12	Demonstra autoestima	1	2	3	4	5
13	Enuncia expectativas coerentes com o nível de desenvolvimento	1	2	3	4	5
14	Aplica técnicas adequadas de oferecimento de cuidados	1	2	3	4	5
15	Usa rede de apoio	1	2	3	4	5
16	Expressa empatia em relação à vítima	1	2	3	4	5
17	Demonstra controle de impulsos	1	2	3	4	5
18	Demonstra conhecimento de comportamentos corretos de desempenho	1	2	3	4	5
19	Procura tratamento	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Autoestima

Definição: Juízo pessoal sobre a autovalorização

Autoestima		Indicadores:	Nunca positivo(a)		Raramente positivo		Às vezes positivo		Muitas vezes positivo		Consistentemente	
			1	2	3	4	5					
1		Verbalização de autoaceitação	1	2	3	4	5					
2		Aceitação das próprias limitações	1	2	3	4	5					
3		Manutenção de uma postura ereta	1	2	3	4	5					
4		Manutenção do contacto olho-no-olho	1	2	3	4	5					
5		Descrição de si mesmo	1	2	3	4	5					
6		Consideração com os outros	1	2	3	4	5					
7		Comunicação franca	1	2	3	4	5					
8		Realização de papéis de significado pessoal	1	2	3	4	5					
9		Manutenção de arrumação/ higiene	1	2	3	4	5					
10		Equilíbrio entre participação e escuta nos grupos	1	2	3	4	5					
11		Nível de confiança	1	2	3	4	5					
12		Aceitação de cumprimentos de outros	1	2	3	4	5					
13		Reação esperada por parte de outros	1	2	3	4	5					
14		Aceitação de cumprimentos de outros	1	2	3	4	5					
15		Desejo de confrontar os outros	1	2	3	4	5					
16		Descrição de sucesso no trabalho ou na escola	1	2	3	4	5					
17		Descrição de sucesso nos grupos sociais	1	2	3	4	5					
18		Descrição de orgulho de si mesmo	1	2	3	4	5					
19		Sentimentos de autovalorização	1	2	3	4	5					
20		Outro	1	2	3	4	5					

Nome: _____ N° Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Bem-estar

Definição: A satisfação que um indivíduo manifesta com o seu estado de saúde

Bem-Estar		Extremamente	Substancialmente	Moderadamente	Levemente	Não
		comprometido(a)	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Satisfação com o desempenho da atividades de vida diária	1	2	3	4	5
2	Satisfação com o funcionamento psicológico	1	2	3	4	5
3	Satisfação com as interações sociais	1	2	3	4	5
4	Satisfação com a vida espiritual	1	2	3	4	5
5	Satisfação com o funcionamento fisiológico	1	2	3	4	5
6	Satisfação com a função cognitiva	1	2	3	4	5
7	Satisfação com a capacidade de enfrentamento	1	2	3	4	5
8	Satisfação com a capacidade de relaxar	1	2	3	4	5
9	Satisfação com o nível de felicidade	1	2	3	4	5
10	Satisfação com a capacidade de expressar emoções	1	2	3	4	5
11	Outros	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Capacidade Cognitiva

Definição: Capacidade para executar processos mentais complexos

Capacidade Cognitiva

Extremamente comprometido(a) Substancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido Não comprometido

Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Comunica com clareza e adequação para a idade e capacidade	1	2	3	4	5
2	Demonstra controle sobre eventos e situações selecionados	1	2	3	4	5
3	Atenção	1	2	3	4	5
4	Concentração	1	2	3	4	5
5	Orientação	1	2	3	4	5
6	Demonstra memória imediata	1	2	3	4	5
7	Demonstra memória recente	1	2	3	4	5
8	Demonstra memória remota	1	2	3	4	5
9	Processa as informações	1	2	3	4	5
10	Pesa alternativas ao tomar decisões	1	2	3	4	5
11	Toma decisões adequadas	1	2	3	4	5
12	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Comportamento de aceitação

Definição: Ações tomadas com base em aconselhamento profissional para promover o bem-estar, a recuperação e a reabilitação

Comportamento de aceitação		Indicadores:					Nunca demonstrado(a)					Raramente demonstrado(a)					Às vezes demonstrado(a)					Muitas vezes demonstrado(a)					Consistentemente demonstrado(a)				
		1					2					3					4					5									
1	Confia na saúde profissional quanto às informações atuais					1					2					3					4					5					
2	Solicita regime prescrito					1					2					3					4					5					
3	Relata atendimento ao regime prescrito					1					2					3					4					5					
4	Aceita diagnóstico de profissional de saúde					1					2					3					4					5					
5	Mantém os compromissos com um profissional de saúde					1					2					3					4					5					
6	Modifica o regime de acordo com as orientações de um profissional de saúde					1					2					3					4					5					
7	Faz autoexame quando orientado					1					2					3					4					5					
8	Desempenha as atividades de vida diária quando prescrito					1					2					3					4					5					
9	Buscar reforço externo para desempenho de comportamentos de saúde					1					2					3					4					5					
10	Outro					1					2					3					4					5					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Comportamento de promoção de Saúde

Definição: Ações para manter ou aumentar o bem-estar

Comportamento de promoção de Saúde		Nenhum(a) Limitado(a) Moderado(a) Substancial Extensivo(a)				
		1	2	3	4	5
1	Indicadores: Usa Comportamentos de risco	1	2	3	4	5
2	Monitora o ambiente devido a riscos	1	2	3	4	5
3	Monitora o comportamento pessoal quanto a riscos	1	2	3	4	5
4	Busca o equilíbrio entre exercício, trabalho, lazer, descanso e nutrição	1	2	3	4	5
5	Usa comportamentos eficazes para reduzir o stress	1	2	3	4	5
6	Mantém relações sociais satisfatórias	1	2	3	4	5
7	Desempenha corretamente os hábitos de saúde	1	2	3	4	5
8	Apoia políticas públicas saudáveis	1	2	3	4	5
9	Usa recursos físicos e financeiros para promover a saúde	1	2	3	4	5
10	Usa apoio social para promover a saúde	1	2	3	4	5
11	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Comportamento de tratamento: Doença ou Lesão

Definição: Ações pessoais para obter um paliativo ou eliminar uma patologia

Comportamento de tratamento: Doença ou Lesão		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Consistentemente
		demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Obedece às preocupações recomendadas	1	2	3	4	5
2	Obedece ao regime de tratamento recomendado	1	2	3	4	5
3	Obedece aos tratamentos prescritos	1	2	3	4	5
4	Obedece às atividades prescritas	1	2	3	4	5
5	Obedece ao regime de tratamentos	1	2	3	4	5
6	Evita comportamentos que potencializem a patologia	1	2	3	4	5
7	Realiza o autocuidado de forma coerente de capacidade	1	2	3	4	5
8	Monitora os efeitos do tratamento	1	2	3	4	5
9	Monitora os efeitos secundários do tratamento	1	2	3	4	5
10	Monitora os efeitos secundários da doença	1	2	3	4	5
11	Monitora mudanças no estado da doença	1	2	3	4	5
12	Usa os recursos corretamente	1	2	3	4	5
13	Altera as funções do papel para atender às necessidades do tratamento	1	2	3	4	5
14	Equilibra o tratamento, os exercícios, o repouso e a nutrição	1	2	3	4	5
15	Procura aconselhamento de provedor de cuidados de saúde conforme necessidade	1	2	3	4	5
16	Agenda visita pessoal a provedor de cuidados de saúde conforme necessidades	1	2	3	4	5
17	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Confronto Familiar

Definição: Ações da família para administrar stressores que sobrecarregam recursos familiares

Confronto Familiar		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Consistente
		demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Demonstra flexibilidade do papel	1	2	3	4	5
2	Família possibilita a flexibilidade do papel de seus membros	1	2	3	4	5
3	Enfrenta problemas	1	2	3	4	5
4	Acredita que possa administrar os problemas	1	2	3	4	5
5	Administra os problemas	1	2	3	4	5
6	Envolve os membros da família no processo decisório	1	2	3	4	5
7	Expressa sentimentos e emoções livremente	1	2	3	4	5
8	Demonstra estratégias para administrar a raiva	1	2	3	4	5
9	Usa estratégias de redução de stresse	1	2	3	4	5
10	Cuida das necessidades de todos os membros da família	1	2	3	4	5
11	Estabelece prioridades	1	2	3	4	5
12	Estabelece horário para as atividades e rotinas familiares	1	2	3	4	5
13	Organiza repouso do cuidador	1	2	3	4	5
14	Possui plano de emergência	1	2	3	4	5
15	Mantém a estabilidade financeira	1	2	3	4	5
16	Busca assistência quando adequado	1	2	3	4	5
17	Usa apoio social	1	2	3	4	5
18	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Conhecimento: Controle do uso de substância

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre administração segura de substância

Conhecimento: Controle do uso de substância		Nenhum(a)		Limitado(a)		Moderado(a)		Substancial		Extensivo(a)	
Indicadores:		1		2		3		4		5	
1	Descrição do próprio risco por abuso de substância										
2	Descrição de consequências à saúde por abuso de substância										
3	Descrição dos benefícios da eliminação de substâncias										
4	Identificação dos perigos do uso de substância										
5	Descrição de consequências sociais por uso de substância										
6	Descrição da responsabilidade pessoal pelo manejo de substância										
7	Descrição das ameaças ao controle de substância										
8	Descrição do apoio para o controle do uso de substância										
9	Descrição das ações para prevenir o uso de substância										
10	Descrição das ações para lidar com o uso de substância										
11	Descrição dos benefícios do monitoramento constante										
12	Descrição do potencial para recaída nas tentativas de controlar o uso de substância										
13	Descrição das ações para prevenir e lidar com recaídas no abuso de substância										
14	Descrição dos sinais de dependência durante a retirada de substância										
15	Outro										

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Conhecimento: Medicação

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre o uso seguro de medicação

Conhecimento: Medicação		Indicadores:					Nenhum(a)	Limitado(a)	Moderado(a)	Substancial	Extensivo(a)	
		1	2	3	4	5						
1	Reconhecimento da necessidade de informar o provedor de cuidados de saúde sobre todos os medicamentos sendo tomados		1		2			3		4		5
2	Enunciado do nome correto do medicamento		1		2			3		4		5
3	Descrição da aparência do medicamento		1		2			3		4		5
4	Descrição das ações da medicação		1		2			3		4		5
5	Descrição dos efeitos secundários da medicação		1		2			3		4		5
6	Descrição das precauções quanto à medicação		1		2			3		4		5
7	Descrição do uso de recursos de memória		1		2			3		4		5
8	Descrição de reações adversas potenciais		1		2			3		4		5
9	Descrição do potencial de interação com outros agentes		1		2			3		4		5
10	Descrição da administração correta da medicação		1		2			3		4		5
11	Descrição de técnicas de auto monitoramento		1		2			3		4		5
12	Descrição do armazenamento correto do medicamento		1		2			3		4		5
13	Descrição do cuidado adequado dos mecanismos de administração		1		2			3		4		5
14	Descrição de como obter a medicação e os suprimentos necessários		1		2			3		4		5
15	Descrição da eliminação adequada de medicamentos não utilizados		1		2			3		4		5
16	Identificação dos testes laboratoriais necessários		1		2			3		4		5
17	Descrição do uso adequado de identificação de alerta sobre o medicamento		1		2			3		4		5
18	Outro		1		2			3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Conhecimento: Processo da Doença

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre um processo de doença específico

Conhecimento: Processo da Doença		Nenhum(a) Limitado(a) Moderado(a) Substancial Extensivo(a)										
		1	2	3	4	5						
1	Familiaridade com o nome da doença		1		2		3		4		5	
2	Descrição do processo de doença		1		2		3		4		5	
3	Descrição da causa ou dos fatores colaboradores		1		2		3		4		5	
4	Descrição dos fatores de risco		1		2		3		4		5	
5	Descrição dos efeitos da doença		1		2		3		4		5	
6	Descrição de sinais e sintomas		1		2		3		4		5	
7	Descrição do curso usual da doença		1		2		3		4		5	
8	Descrição das medidas para minimizar a progressão da doença		1		2		3		4		5	
9	Descrição de complicações		1		2		3		4		5	
10	Descrição de sinais e sintomas de complicações		1		2		3		4		5	
11	Descrição das precauções para prevenir complicações		1		2		3		4		5	
12	Outro		1		2		3		4		5	

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Conhecimento: Regime de Tratamento

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre um determinado regime de tratamento

Conhecimento: Regime de Tratamento		Nenhum(a) Limitado(a) Moderado(a) Substancial Extensivo(a)				
		1	2	3	4	5
1	Descrição das razões para o tratamento					
2	Descrição das responsabilidades de autocuidado para o tratamento em curso					
3	Descrição das responsabilidades de autocuidado para situações de emergência					
4	Descrição dos efeitos esperados do tratamento					
5	Descrição da dieta prescrita					
6	Descrição da medicação prescrita					
7	Descrição das atividades prescritas					
8	Descrição dos exercícios prescritos					
9	Descrição dos procedimentos prescritos					
10	Descrição do processo de doença					
11	Descrição de técnicas de auto monitoramento					
12	Descrição do procedimento para o tratamento					
13	Seleção dos alimentos recomendados na dieta					
14	Outro					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Conhecimento: Segurança Pessoal

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre prevenção de lesões não-intencionais

Conhecimento: Segurança Pessoal		Indicadores:					Nenhum(a)	Limitado(a)	Moderado(a)	Substancial	Extensivo(a)
		1	2	3	4	5					
1	Descrição de medidas para prevenção de sufocação	1	2	3	4	5					
2	Descrição de medidas para prevenção de quedas	1	2	3	4	5					
3	Descrição de medidas para reduzir riscos de lesão acidental	1	2	3	4	5					
4	Descrição de medidas de segurança doméstica	1	2	3	4	5					
5	Descrição de precauções quanto à segurança da água	1	2	3	4	5					
6	Descrição de medidas de segurança quanto a fogo	1	2	3	4	5					
7	Descrição de medidas para prevenção de queimaduras	1	2	3	4	5					
8	Descrição de medidas de prevenção quanto a choques elétricos	1	2	3	4	5					
9	Descrição de medidas para prevenção quanto a envenenamento	1	2	3	4	5					
10	Descrição de orientações sobre segurança com a bicicleta	1	2	3	4	5					
11	Descrição da segurança do pedestre	1	2	3	4	5					
12	Descrição dos benefícios do uso de capacete	1	2	3	4	5					
13	Descrição de medidas de segurança quanto a incêndio	1	2	3	4	5					
14	Descrição de medidas para proteger pessoas de alto-risco contra lesão não-intencional	1	2	3	4	5					
15	Descrição de medidas de segurança para operar veículos com motor	1	2	3	4	5					
16	Descrição de procedimentos de emergência	1	2	3	4	5					
17	Descrição de riscos à segurança específicos da idade	1	2	3	4	5					
18	Descrição de comportamentos de alto-risco-pessoal	1	2	3	4	5					
19	Descrição de riscos quanto à segurança no trabalho	1	2	3	4	5					
20	Descrição de riscos à segurança comunitária	1	2	3	4	5					
21	Outro	1	2	3	4	5					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Consequências da Dependência de Substâncias

Definição: Compromisso do estado de saúde e função social devido à adição de substâncias

Consequências da Dependência de Substâncias		Grave Substantial Moderado(a) Leve Nenhum(a)				
		1	2	3	4	5
1	Continua redução da atividade física					
2	Função motora cronicamente prejudicada					
3	Persistência cronicamente reduzida					
4	Fadiga crônica					
5	Função cognitiva cronicamente prejudicada					
6	Respiração prolongada de doença					
7	Recuperação prolongada de doença					
8	Absenteísmo do trabalho ou da escola					
9	Dificuldade para manter o emprego					
10	Dificuldade para manter uma moradia adequada					
11	Dificuldade de manter-se financeiramente					
12	Repetidos acidentes de trânsito no último ano					
13	Prisões habituais no último ano					
14	Repetidas visitas ao PS no último ano					
15	Repetidas hospitalizações no último ano					
16	Outro					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Controle da Ansiedade

Definição: Atos pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão e de tensão decorrentes de fonte não identificável

Controle da Ansiedade		Indicadores:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nunca demonstrado Raramente demonstrado Às vezes demonstrado Muitas vezes demonstrado Consistentemente demonstrado </div>				
			1	2	3	4	5
1		Monitora a ansiedade	1	2	3	4	5
2		Elimina os precursores da ansiedade	1	2	3	4	5
3		Reduz os estímulos ambientais quando ansioso	1	2	3	4	5
4		Busca informação para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5
5		Planeia estratégias de enfrentamento para situações stressantes	1	2	3	4	5
6		Usa estratégias eficazes de enfrentamento	1	2	3	4	5
7		Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5
8		Relata duração diminuída dos episódios	1	2	3	4	5
9		Relata duração aumentada do tempo entre os episódios	1	2	3	4	5
10		Mantém o desempenho do papel	1	2	3	4	5
11		Mantém as relações sociais	1	2	3	4	5
12		Mantém a concentração	1	2	3	4	5
13		Relata ausência de distorções perçetivas sensoriais	1	2	3	4	5
14		Relata sono adequado	1	2	3	4	5
15		Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade	1	2	3	4	5
16		Manifestações comportamentais da ansiedade ausentes	1	2	3	4	5
17		Controla a reação à ansiedade	1	2	3	4	5
18		Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Controle da Depressão

Definição: Ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos de vida

Controle da Depressão		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado	Consistentemente demonstrado
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Monitora a capacidade de concentração					
2	Monitora a intensidade da depressão					
3	Identifica os precursores da depressão					
4	Planeia estratégias para reduzir os efeitos dos precursores					
5	Manifestações comportamentais da depressão ausentes					
6	Relata sono adequado					
7	Relata melhoria da libido					
8	Relata ausência de manifestações físicas da depressão					
9	Relata melhoria do humor					
10	Mantém o peso estável					
11	Segue o plano de tratamento					
12	Toma medicação quando prescrita					
13	Segue plano de exercícios					
14	Adere ao programa da terapia					
15	Relata mudanças nos sintomas					
16	Reduz o uso de álcool					
17	Reduz o uso de drogas não-prescritas					
18	Mantém a higiene e a arrumação pessoais					
19	Outro					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Controle de Pensamento Distorcido

Definição: Autocontenção de rutura da percepção, processos de pensamento e conteúdo do pensamento

Controle de Pensamento Distorcido		Indicadores:	Nunca	Raramente	As	Muitas vezes	Consistentemente
			demonstrado	demonstrado	vezes	demonstrado	demonstrado
			1	2	3	4	5
1	Reconhece que estão a ocorrer alucinações e delírios		1	2	3	4	5
2	Contém-se para não vivenciar as alucinações e os delírios		1	2	3	4	5
3	Contém-se para não reagir às alucinações e aos delírios		1	2	3	4	5
4	Verbaliza a frequência das alucinações e dos delírios		1	2	3	4	5
5	Descreve o conteúdo das alucinações e dos delírios		1	2	3	4	5
6	Relata redução das alucinações e dos delírios		1	2	3	4	5
7	Solicita a validação da realidade		1	2	3	4	5
8	Mantém a afetividade em coerência com o humor		1	2	3	4	5
9	Interage adequadamente com os outros		1	2	3	4	5
10	Comportamentos indicam interpretação correta do ambiente		1	2	3	4	5
11	Evidencia padrões de fluxo lógico do pensamento		1	2	3	4	5
12	Evidencia pensamento baseado na realidade		1	2	3	4	5
13	Evidencia conteúdo adequado do pensamento		1	2	3	4	5
14	Evidencia capacidade para captar as ideias dos outros		1	2	3	4	5
15	Outro		1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Controle de Riscos: Uso de Álcool

Definição: Ações para eliminar ou reduzir o uso de álcool que constitui uma ameaça à saúde

Indicadores:		Controle de Riscos: Uso de Álcool				
		Nunca demonstrado(a)	Raramente demonstrado(a)	Às vezes demonstrado(a)	Muitas vezes demonstrado(a)	Consistentemente demonstrado(a)
		1	2	3	4	5
1	Admite riscos pelo uso inadequado do álcool	1	2	3	4	5
2	Admite conseqüências pessoais associadas ao uso inadequado do álcool	1	2	3	4	5
3	Monitora o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso do álcool	1	2	3	4	5
4	Monitora padrões pessoais de uso do álcool	1	2	3	4	5
5	Desenvolve estratégias eficazes para controle do uso de álcool	1	2	3	4	5
6	Adapta estratégias de controle do uso de álcool conforme as necessidades	1	2	3	4	5
7	Compromete-se com as estratégias de controle do uso de álcool	1	2	3	4	5
8	Segue estratégias selecionadas para controle do uso do álcool	1	2	3	4	5
9	Participa de exames para problemas associados de saúde	1	2	3	4	5
10	Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade	1	2	3	4	5
11	Usa sistemas de apoio pessoal para controlar o uso inadequado do álcool	1	2	3	4	5
12	Usa grupos de apoio para controle do uso inadequado do álcool	1	2	3	4	5
13	Usa recursos da comunidade para controlar o uso inadequado do álcool	1	2	3	4	5
14	Reconhece mudanças no estado de saúde	1	2	3	4	5
15	Monitora mudanças no estado de saúde	1	2	3	4	5
16	Controla a ingestão de álcool	1	2	3	4	5
17	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Controle de Riscos: Uso de Drogas

Definição: Ações para eliminar ou reduzir o uso de drogas que constitui uma ameaça à saúde

Indicadores:		Controle de Riscos: Uso de Drogas				
		Nunca demonstrado(a)	Raramente demonstrado(a)	Às vezes demonstrado(a)	Muitas vezes demonstrado(a)	Consistentemente demonstrado(a)
		1	2	3	4	5
1	Admite o risco de uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
2	Admite conseqüências pessoais associadas ao uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
3	Monitora o ambiente devido a fatores que encorajam o uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
4	Monitora padrões pessoais de uso de drogas	1	2	3	4	5
5	Desenvolve estratégias eficazes para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
6	Adapta estratégias de controle do uso de drogas conforme a necessidade	1	2	3	4	5
7	Compromete-se com as estratégias para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
8	Segue estratégias selecionadas para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
9	Participa de exames de problemas de saúde associados	1	2	3	4	5
10	Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade	1	2	3	4	5
11	Usa sistemas de apoio pessoal para controle do uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
12	Usa grupos de apoio para controle do uso errado de drogas	1	2	3	4	5
13	Usa recursos da comunidade para controle do uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
14	Reconhece mudanças no estado de saúde	1	2	3	4	5
15	Monitora mudanças no estado de saúde	1	2	3	4	5
16	Controla a ingestão de drogas	1	2	3	4	5
17	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Controle de Sintomas

Definição: Ações pessoais para minimizar mudanças adversas percebidas na função física e emocional

Controle de Sintomas		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Consistentemente
		demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Reconhece o surgimento de sintomas	1	2	3	4	5
2	Reconhece a persistência de sintomas	1	2	3	4	5
3	Reconhece a gravidade dos sintomas	1	2	3	4	5
4	Reconhece a frequência dos sintomas	1	2	3	4	5
5	Reconhece a variação dos sintomas	1	2	3	4	5
6	Usa medidas preventivas	1	2	3	4	5
7	Usa medidas de alívio	1	2	3	4	5
8	Usa sinais de alerta para buscar cuidados de saúde	1	2	3	4	5
9	Usa os recursos disponíveis	1	2	3	4	5
10	Usa um diário para registo dos sintomas	1	2	3	4	5
11	Relata controle dos sintomas	1	2	3	4	5
12	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Controle do Peso

Definição: Ações pessoais que resultam em conquista e manutenção de um excelente peso corporal para a saúde

Indicadores:		Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Consistente	
		demonstrado(a)		demonstrado(a)		demonstrado(a)		demonstrado(a)		demonstrado(a)	
		1		2		3		4		5	
1	Monitora o peso do corpo		1		2		3		4		5
2	Mantém uma ótima ingestão calórica diária		1		2		3		4		5
3	Equilibra o exercício com a ingestão calórica		1		2		3		4		5
4	Seleciona refeições e lanches nutritivos		1		2		3		4		5
5	Usa suplementos nutricionais conforme a necessidade		1		2		3		4		5
6	Come como resposta à fome		1		2		3		4		5
7	Mantém padrão alimentar recomendado		1		2		3		4		5
8	Retém os alimentos ingeridos		1		2		3		4		5
9	Mantém o equilíbrio hídrico		1		2		3		4		5
10	Reconhece sinais e sintomas de desequilíbrio de eletrólitos		1		2		3		4		5
11	Busca tratamento para o desequilíbrio de eletrólitos		1		2		3		4		5
12	Busca auxílio profissional conforme a necessidade		1		2		3		4		5
13	Usa sistemas de, apoio pessoal para auxiliar a mudar o padrão alimentar		1		2		3		4		5
14	Identifica situações sociais que afetam a ingestão de alimentos		1		2		3		4		5
15	Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos		1		2		3		4		5
16	Planeia estratégias para as situações que afetam a ingestão alimentar		1		2		3		4		5
17	Controla a preocupação com os alimentos		1		2		3		4		5
18	Controla a preocupação com o peso		1		2		3		4		5
19	Expressa uma imagem realista do corpo		1		2		3		4		5
20	Demuestra progresso na direção do peso-alvo		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____ / ____ / ____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Crenças de Saúde: Capacidade percebida para o Desempenho

Definição: Convicção pessoal de que pode executar um determinado comportamento de saúde

Crenças de Saúde: Capacidade percebida para o Desempenho

		Muito fraco(a)	Fraco(a)	Moderado(a)	Forte	Muito Forte
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Percepção de que o comportamento de saúde não é tão complexo	1	2	3	4	5
2	Percepção de que o comportamento de saúde requer esforço razoável	1	2	3	4	5
3	Percepção de que a frequência do comportamento de saúde não é excessiva	1	2	3	4	5
4	Percepção da possibilidade de desempenhar o comportamento de saúde ao longo do tempo	1	2	3	4	5
5	Confiança relacionada a experiências passadas com o comportamento de saúde	1	2	3	4	5
6	Confiança relacionada à experiência anterior com comportamentos de saúde similares	1	2	3	4	5
7	Confiança relacionada à observação ou experiências relatadas de outros	1	2	3	4	5
8	Confiança na capacidade de desempenhar comportamento de saúde	1	2	3	4	5
9	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf. _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Crenças de Saúde: Recursos Percebidos

Definição: Convicção pessoal de que o indivíduo possui os meios corretos para desempenhar um comportamento de saúde

Crenças de Saúde: Recursos Percebidos		Muito fraco(a)					Fraco(a)					Moderado(a)					Forte					Muito Forte				
		1					2					3					4					5				
Indicadores:		1					2					3					4					5				
1	Apoio percebido de pessoas significativas				1				2				3				4				5					
2	Apoio percebido de amigos				1				2				3				4				5					
3	Apoio percebido de vizinhos				1				2				3				4				5					
4	Apoio percebido de profissional de cuidados de saúde				1				2				3				4				5					
5	Apoio percebido de grupos de autoajuda				1				2				3				4				5					
6	Capacidade funcional percebida				1				2				3				4				5					
7	Nível de energia percebido				1				2				3				4				5					
8	Nível de conforto percebido				1				2				3				4				5					
9	Adequação de tempo percebida				1				2				3				4				5					
10	Adequação de finanças pessoais percebida				1				2				3				4				5					
11	Adequação de seguro-saúde percebida				1				2				3				4				5					
12	Acesso a equipamento percebido				1				2				3				4				5					
13	Acesso a suprimentos percebido				1				2				3				4				5					
14	Acesso a serviço percebido				1				2				3				4				5					
15	Acesso a transporte percebido				1				2				3				4				5					
16	Acesso a assistência física percebido				1				2				3				4				5					
17	Outro				1				2				3				4				5					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Deteção de Riscos

Definição: Ações realizadas para identificar ameaças à saúde pessoal

Deteção de Riscos		Nunca demonstrado(a)		Raramente demonstrado(a)		Às vezes demonstrado(a)		Muitas vezes demonstrado(a)		Consistente demonstrado(a)	
		1	2	3	4	5					
1	Reconhece sinais e sintomas que indicam riscos		1		2		3		4		5
2	Identifica potenciais riscos à saúde		1		2		3		4		5
3	Busca validação dos riscos percebidos		1		2		3		4		5
4	Realiza autoexames a intervalos recomendados		1		2		3		4		5
5	Participa de exames a intervalos recomendados		1		2		3		4		5
6	Adquire conhecimentos sobre a história familiar		1		2		3		4		5
7	Mantém atualizados os conhecimentos da história familiar		1		2		3		4		5
8	Mantém atualizado o conhecimento da história pessoal		1		2		3		4		5
9	Usa recursos para permanecer informado sobre riscos potenciais		1		2		3		4		5
10	Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com as necessidades		1		2		3		4		5
11	Outro		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Dor: Efeitos Nocivos

Definição: Efeitos nocivos da dor observados ou relatados sobre as emoções e o comportamento

Dor: Efeitos Nocivos		Grave Substancial Moderado(a) Leve Nenhum(a)				
		1	2	3	4	5
	Indicadores:					
1	Relações interpessoais prejudicadas	1	2	3	4	5
2	Desempenho do papel prejudicado	1	2	3	4	5
3	Recreação comprometida	1	2	3	4	5
4	Atividades de lazer comprometidas	1	2	3	4	5
5	Trabalho comprometido	1	2	3	4	5
6	Aproveitamento da vida comprometido	1	2	3	4	5
7	Sensação de controle comprometida	1	2	3	4	5
8	Concentração prejudicada	1	2	3	4	5
9	Sensação de esperança comprometida	1	2	3	4	5
10	Humor prejudicado	1	2	3	4	5
11	Falta de paciência	1	2	3	4	5
12	Sono interrompido	1	2	3	4	5
13	Mobilidade física prejudicada	1	2	3	4	5
14	Autocuidado prejudicado	1	2	3	4	5
15	Falta de apetite	1	2	3	4	5
16	Comer dificultado	1	2	3	4	5
17	Eliminação prejudicada	1	2	3	4	5
18	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Envolvimento Social

Definição: Frequência das interações sociais de um indivíduo com pessoas, grupos ou organizações

Envolvimento Social		Nenhum(a) Limitado(a) Moderado(a) Substancial Extensivo(a)				
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Interação com amigos mais próximos					
2	Interação com vizinhos					
3	Interação com membros da família					
4	Interação com membros do(s) grupo(s) de trabalho					
5	Participação como membro da igreja					
6	Participação no trabalho ativo da igreja					
7	Participação como membro de um clube					
8	Participação como funcionário de um clube					
9	Participação como membro voluntário de um clube					
10	Desempenho de atividades como voluntário					
11	Participação em atividades de lazer					
12	Outro					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Equilíbrio do Humor

Definição: Adaptação apropriada do tom emocional predominante como resposta às circunstâncias

Equilíbrio do Humor		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Consistente
		demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Demonstra afeto adequado	1	2	3	4	5
2	Demonstra humor não-instável	1	2	3	4	5
3	Demonstra controle de impulsos	1	2	3	4	5
4	Relata sono adequado (pelo menos 5h/24h)	1	2	3	4	5
5	Demonstra concentração	1	2	3	4	5
6	Fala em ritmo moderado	1	2	3	4	5
7	Demonstra ausência de vôo de ideias	1	2	3	4	5
8	Demonstra ausência de grandiosidade	1	2	3	4	5
9	Demonstra ausência de euforia	1	2	3	4	5
10	Demonstra arrumação e higiene adequada	1	2	3	4	5
11	Veste roupas adequadas à situação e às condições climáticas	1	2	3	4	5
12	Mantém o peso estável	1	2	3	4	5
13	Relata apetite normal	1	2	3	4	5
14	Relata obediência ao regime de medicamentos e terapêutico	1	2	3	4	5
15	Demonstra interesse pelo que o cerca	1	2	3	4	5
16	Ausência de ideia suicida	1	2	3	4	5
17	Relata nível adequado de energia	1	2	3	4	5
18	Relata capacidades para realizar as tarefas diárias	1	2	3	4	5
19	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Esperança

Definição: Presença de estado interno de otimismo que é pessoalmente satisfatório e apoia a vida

Esperança		Nenhuma	Limitado(a)	Moderado(a)	Substancial	Excessivo (a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Expressão de uma orientação futura positiva	1	2	3	4	5
2	Expressão de fé	1	2	3	4	5
3	Expressão de vontade de viver	1	2	3	4	5
4	Expressão de razões para viver	1	2	3	4	5
5	Expressão de sentido para a vida	1	2	3	4	5
6	Expressão de otimismo	1	2	3	4	5
7	Expressão de crença em si	1	2	3	4	5
8	Expressão de crença nos outros	1	2	3	4	5
9	Expressão de paz interior	1	2	3	4	5
10	Expressão de sensação de autocontrole	1	2	3	4	5
11	Demonstração de prazer de viver	1	2	3	4	5
12	Fixação de metas	1	2	3	4	5
13	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Estado de Envelhecimento Físico

Definição: Mudanças físicas que comumente ocorrem com o envelhecimento do adulto

Estado de Envelhecimento Físico		Desvio extremo em relação aos parâmetros esperados		Desvio Substancial em relação aos parâmetros esperados		Desvio moderado em relação aos parâmetros esperados		Desvio leve em relação aos parâmetros esperados		Nenhum desvio em relação aos parâmetros esperados	
		1	2	3	4	5					
Indicadores:											
1	Índice de massa corporal	1	2	3	4	5					
2	Densidade óssea	1	2	3	4	5					
3	Débito cardíaco	1	2	3	4	5					
4	Capacidade vital	1	2	3	4	5					
5	Pressão arterial	1	2	3	4	5					
6	Elasticidade da pele	1	2	3	4	5					
7	Força muscular	1	2	3	4	5					
8	Acuidade auditiva	1	2	3	4	5					
9	Acuidade visual	1	2	3	4	5					
10	Acuidade olfativa	1	2	3	4	5					
11	Acuidade gustativa	1	2	3	4	5					
12	Taxa metabólica basal	1	2	3	4	5					
13	Padrão de distribuição de gordura	1	2	3	4	5					
14	Padrão de distribuição de pelos	1	2	3	4	5					
15	Padrão menstrual	1	2	3	4	5					
16	Função sexual	1	2	3	4	5					
17	Outro	1	2	3	4	5					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Estado de Saúde da Família

Definição: Estado geral de saúde e competência social da unidade familiar

Estado de Saúde da Família		Extremamente comprometido	Substancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Estado de imunização dos membros	1	2	3	4	5
2	Provisões de cuidados a crianças	1	2	3	4	5
3	Provisões de cuidados a adultos e crianças	1	2	3	4	5
4	Acesso aos cuidados de saúde	1	2	3	4	5
5	Saúde física dos membros	1	2	3	4	5
6	Atividade física dos membros	1	2	3	4	5
7	Frequência à escola	1	2	3	4	5
8	Conquistas escolares	1	2	3	4	5
9	Emprego dos pais	1	2	3	4	5
10	Moradia	1	2	3	4	5
11	Adequação do suprimento alimentar	1	2	3	4	5
12	Desenvolvimento físico dos membros	1	2	3	4	5
13	Desenvolvimento psicossocial dos membros	1	2	3	4	5
14	Acesso aos recursos adequados	1	2	3	4	5
15	Uso de recursos de cuidados de saúde	1	2	3	4	5
16	Uso de recursos de assistência social	1	2	3	4	5
17	Ausência de incapacitações	1	2	3	4	5
18	Saúde mental dos membros	1	2	3	4	5
19	Ausência de abuso de substância	1	2	3	4	5
20	Ausência de violência doméstica	1	2	3	4	5
21	Ausência de abuso dos membros	1	2	3	4	5
22	Ausência de crime violento	1	2	3	4	5
23	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Nível da depressão

Definição: Gravidade do humor melancólico e perda do interesse pelos eventos da vida.

Nível da depressão		Grave	Substantial	Moderado(a)	Leve	Nenhum(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Humor deprimido	1	2	3	4	5
2	Perda de interesse pelas atividades	1	2	3	4	5
3	Perda do prazer com as atividades	1	2	3	4	5
4	Concentração prejudicada	1	2	3	4	5
5	Expressão de culpa inadequada ou excessiva	1	2	3	4	5
6	Fadiga expressa	1	2	3	4	5
7	Sentimentos de não-valia expressos	1	2	3	4	5
8	Retardo/agitação psicomotores	1	2	3	4	5
9	Insônia ou sono em excesso	1	2	3	4	5
10	Perda de peso significativa	1	2	3	4	5
11	Mudança significativa do apetite	1	2	3	4	5
12	Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio	1	2	3	4	5
13	Falta de indecisão	1	2	3	4	5
14	Tristeza	1	2	3	4	5
15	Crises de choro	1	2	3	4	5
16	Raiva	1	2	3	4	5
17	Desesperança	1	2	3	4	5
18	Solidão	1	2	3	4	5
19	Baixa autoestima	1	2	3	4	5
20	Perda da libido	1	2	3	4	5
21	Nível de atividade alterado	1	2	3	4	5
22	Falta de espontaneidade	1	2	3	4	5
23	Irritabilidade	1	2	3	4	5
24	Abuso de substância	1	2	3	4	5
25	Higiene pessoal/arrumar-se insatisfatórios	1	2	3	4	5
26	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____ / ____ / ____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Nível da dor

Definição: Gravidade da dor relatada ou demonstrada

Nível da dor		Grave		Substancial		Moderado(a)		Leve		Nenhum(a)	
		1	2	3	4	5	6	7	8		
	Indicadores:										
1	Dor relatada		1		2		3		4		5
2	Percentual do corpo afetado		1		2		3		4		5
3	Frequência da dor		1		2		3		4		5
4	Duração dos episódios da dor		1		2		3		4		5
5	Expressões orais de dor		1		2		3		4		5
6	Expressões faciais de dor		1		2		3		4		5
7	Posições protetoras do corpo		1		2		3		4		5
8	Inquietação		1		2		3		4		5
9	Tensão muscular		1		2		3		4		5
10	Mudança na frequência respiratória		1		2		3		4		5
11	Mudança na frequência cardíaca		1		2		3		4		5
12	Mudança na PA		1		2		3		4		5
13	Mudança no tamanho pupilar		1		2		3		4		5
14	Transpiração		1		2		3		4		5
15	Perda do apetite		1		2		3		4		5
16	Outro		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Nível de Conforto

Definição: O quanto o utente se sente física e psicologicamente à vontade

Nível de Conforto		Grave Substantial Moderado(a) Leve Nenhum(a)				
		1	2	3	4	5
	Indicadores:					
1	Bem-estar físico relatado	1	2	3	4	5
2	Satisfação pelo controle de sintomas relatada	1	2	3	4	5
3	Bem-estar psicológico relatado	1	2	3	4	5
4	Satisfação expressa com os elementos físicos nas proximidades	1	2	3	4	5
5	Satisfação expressa com as relações sociais	1	2	3	4	5
6	Satisfação espiritual expressa	1	2	3	4	5
7	Satisfação relatada com o nível de independência	1	2	3	4	5
8	Satisfação expressa com o controle da dor	1	2	3	4	5
9	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Orientação cognitiva

Definição: Capacidade para identificar, pessoas, locais e tempo.

Orientação cognitiva

		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Seguidamente demonstrado	Consistentemente demonstrado
		1	2	3	4	5
Indicadores:						
1	Identifica a si mesmo	1	2	3	4	5
2	Identifica pessoa significativa	1	2	3	4	5
3	Identifica localização atual	1	2	3	4	5
4	Identifica o dia correto	1	2	3	4	5
5	Identifica o mês correto	1	2	3	4	5
6	Identifica o ano correto	1	2	3	4	5
7	Identifica a estação correta	1	2	3	4	5
8	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Participação no lazer

Definição: Uso de atividades para descanso ou relaxamento conforme necessário para promover o bem-estar

Participação no lazer		Indicadores:					Não adequado	Levemente adequado	Moderadamente adequado	Substancialmente adequado	Completamente adequado
		1	2	3	4	5					
1	Participação em atividades que não o trabalho regular		1		2		3		4		5
2	Expressão de satisfação com atividades de lazer		1		2		3		4		5
3	Uso de habilidades sociais e de interações adequadas		1		2		3		4		5
4	Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer		1		2		3		4		5
5	Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer		1		2		3		4		5
6	Direção do próprio lazer		1		2		3		4		5
7	Identificação de opções de recreação		1		2		3		4		5
8	Relatos de descanso das atividades de lazer		1		2		3		4		5
9	Outro		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Participação: Decisões sobre Cuidados de Saúde

Definição: Envolvimento pessoal na seleção e avaliação de opções de cuidados de saúde

Participação: Decisões sobre Cuidados de Saúde		Nunca	Raramente	Às vezes	Seguidamente	Consistentemente
		demonstrado	demonstrado	demonstrado	demonstrado	demonstrado
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Reivindicar responsabilidades decisórias					
2	Demonstra auto direção nas decisões					
3	Busca informações					
4	Define opções disponíveis					
5	Especifica preferências pelos resultados de saúde					
6	Identifica prioridades dos resultados de saúde					
7	Identifica barreiras ao resultado de saúde					
8	Usa técnicas de solução de problemas para alcançar resultados desejados					
9	Declara intenção de agir conforme a decisão					
10	Identifica apoio disponível para alcançar o resultado desejado					
11	Negocia preferências de cuidado					
12	Monitora barreiras ao alcance do resultado					
13	Identifica nível de alcance do resultado de cuidados de saúde					
14	Avalia a situação com os resultados dos cuidados de saúde					
15	Outro					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Paternidade/Maternidade

Definição: Provisão de um ambiente que promova um crescimento e desenvolvimento excelentes para as crianças dependentes

Paternidade/Maternidade

		Indicadores:																		
							1	2	3	4	5									
1	Atende às necessidades físicas da criança					1		2		3		4		5						
2	Elimina riscos ambientais controláveis					1		2		3		4		5						
3	Proporciona cuidados de saúde preventivos regulares e episódicos					1		2		3		4		5						
4	Estimula o desenvolvimento cognitivo					1		2		3		4		5						
5	Estimula o desenvolvimento social					1		2		3		4		5						
6	Estimula o crescimento emocional					1		2		3		4		5						
7	Estimula o crescimento espiritual					1		2		3		4		5						
8	Usa recursos da comunidade e outros adequadamente					1		2		3		4		5						
9	Relata possuir um sistema de apoio funcional					1		2		3		4		5						
10	Usa interações adequadas ao temperamento da criança					1		2		3		4		5						
11	Usa controle de comportamento se indicado					1		2		3		4		5						
12	Usa disciplina adequada					1		2		3		4		5						
13	Satisfaz as necessidades especiais da criança					1		2		3		4		5						
14	Interage positivamente com a criança					1		2		3		4		5						
15	Demonstra empatia com a criança					1		2		3		4		5						
16	Verbaliza atributos positivos da criança					1		2		3		4		5						
17	Demonstra uma relação de amor com a criança					1		2		3		4		5						
18	Possui expectativas realistas quanto ao papel de pai/mãe					1		2		3		4		5						
19	Expressa satisfação com o papel de pai/mãe					1		2		3		4		5						
20	Demonstra auto estima positiva					1		2		3		4		5						
21	Outro					1		2		3		4		5						

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Proteção Contra Abuso

Definição Proteção a si própria ou a outros dependentes contra abuso

Proteção Contra Abuso		Não adequado		Levemente adequado		Moderadamente adequado		Substancialmente adequado		Completamente adequado	
		1	2	3	4	5					
Indicadores:											
1	Planos para deixar a situação		1		2		3		4		5
2	Segurança da residência		1		2		3		4		5
3	Planos para evitar o abuso		1		2		3		4		5
4	Implementação de um plano para evitar o abuso		1		2		3		4		5
5	Segurança a si próprio		1		2		3		4		5
6	Segurança dos filhos		1		2		3		4		5
7	Obtenção de ordem de contenção na medida das necessidades		1		2		3		4		5
8	Autodefesa		1		2		3		4		5
9	Facilitação do abusador em obter aconselhamento		1		2		3		4		5
10	Afastamento quando a relação está insegura		1		2		3		4		5
11	Separação da relação conforme a necessidade		1		2		3		4		5
12	Outro		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Qualidade de vida

Definição: A satisfação expressa de um indivíduo em relação às atuais circunstâncias de vida

Qualidade de vida		Extremamente comprometido Substancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido Não comprometido									
		1	2	3	4	5					
1	Satisfação com o estado de saúde		1		2		3		4		5
2	Satisfação com as circunstâncias sociais		1		2		3		4		5
3	Satisfação com as circunstâncias ambientais		1		2		3		4		5
4	Satisfação com o estado económico		1		2		3		4		5
5	Satisfação com o nível de educação		1		2		3		4		5
6	Satisfação com o nível profissional		1		2		3		4		5
7	Satisfação com as amizades íntimas		1		2		3		4		5
8	Satisfação com o alcance das metas de vida		1		2		3		4		5
9	Satisfação com a capacidade de enfrentamento		1		2		3		4		5
10	Satisfação com o autoconceito		1		2		3		4		5
11	Satisfação com o humor pervasivo		1		2		3		4		5
12	Outro		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Repouso

Definição: Extensão e padrão de atividade diminuída pra rejuvenescimento mental e físico

Repouso		Indicadores:					Extremamente	Substancialmente	Moderadamente	Levemente	Não	
							comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	
			1	2	3	4	5					
1	Quantidade de repouso		1	2	3	4	5					
2	Padrão de repouso		1	2	3	4	5					
3	Qualidade de repouso		1	2	3	4	5					
4	Fisicamente repousado		1	2	3	4	5					
5	Mentalmente repousado		1	2	3	4	5					
6	Sensação de rejuvenescimento após o repouso		1	2	3	4	5					
7	Outro		1	2	3	4	5					

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Respostas à medicação

Definição: Efeitos terapêuticos e adversos da medicação prescrita

Respostas à medicação		Nenhum(a)		Em grau leve		Em grau moderado		Em grau alto		Em grau muito alto	
		1	2	3	4	5					
Indicadores:											
1	Efeitos terapêuticos esperados presentes		1		2		3		4		5
2	Mudança esperada na química do sangue		1		2		3		4		5
3	Mudança esperada nos sintomas		1		2		3		4		5
4	Manutenção dos níveis terapêuticos da medicação no sangue		1		2		3		4		5
5	Ausência de reação alérgica		1		2		3		4		5
6	Ausência de efeitos adversos		1		2		3		4		5
7	Ausência de interação de drogas		1		2		3		4		5
8	Tolerância à droga		1		2		3		4		5
9	Aceitável pelo paciente		1		2		3		4		5
10	Outro		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Rutura do Estilo de Vida do Cuidador

Definição: Distúrbios do modo de vida de um membro da família devido ao oferecimento de cuidados

Rutura do Estilo de Vida do Cuidador		Grave		Substancial		Moderado(a)		Leve		Nenhum(a)	
		1	2	3	4	5					
1	Insatisfação com as circunstâncias de vida		1		2		3		4		5
2	Desempenho do papel prejudicado		1		2		3		4		5
3	Flexibilidade do papel comprometida		1		2		3		4		5
4	Oportunidades de privacidade comprometidas		1		2		3		4		5
5	Relações com outros membros da família comprometidas		1		2		3		4		5
6	Interações sociais rompidas		1		2		3		4		5
7	Apoio social comprometido		1		2		3		4		5
8	Atividades de lazer comprometidas		1		2		3		4		5
9	Produtividade no trabalho comprometida		1		2		3		4		5
10	Responsabilidades do papel comprometidas		1		2		3		4		5
11	Recursos financeiros consumidos		1		2		3		4		5
12	Relações com os amigos prejudicadas		1		2		3		4		5
13	Relações com animais de estimação comprometidas		1		2		3		4		5
14	Outro		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Saúde Emocional do Cuidador

Definição: Sentimentos, atitudes e emoções de provedor de cuidados de uma família enquanto cuida de um membro da família ou de pessoa significativa durante período prolongado de tempo

Saúde Emocional do Cuidador		Extremamente comprometido(a)	Substancialmente comprometido(a)	Moderadamente comprometido(a)	Levemente comprometido(a)	Não comprometido(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Satisfação com a vida	1	2	3	4	5
2	Sensação de controle	1	2	3	4	5
3	Autoestima	1	2	3	4	5
4	Livre de raiva	1	2	3	4	5
5	Livre de ressentimentos	1	2	3	4	5
6	Livre de culpa	1	2	3	4	5
7	Livre de depressão	1	2	3	4	5
8	Livre de frustração	1	2	3	4	5
9	Livre de ambivalência a respeito da situação	1	2	3	4	5
10	Certeza do futuro	1	2	3	4	5
11	Conexão social percebida	1	2	3	4	5
12	Bem estar espiritual percebido	1	2	3	4	5
13	Livre de encargo percebido	1	2	3	4	5
14	Adequação de recursos percebida	1	2	3	4	5
15	Uso de drogas psicotrópicas	1	2	3	4	5
16	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Sexualidade

Definição: Integração de aspetos físicos, sócio emocionais e intelectuais da expressão sexual

Sexualidade		Nunca demonstrado(a)	Raramente demonstrado(a)	Às vezes demonstrado(a)	Seguidamente demonstrado(a)	Consistentemente demonstrado(a)
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Consegue estimular-se sexualmente	1	2	3	4	5
2	Ereção peniana ou clitoriana sustentada através do orgasmo	1	2	3	4	5
3	Estimulação sustentada através do orgasmo	1	2	3	4	5
4	Desempenho sexual com recursos auxiliares conforme a necessidade	1	2	3	4	5
5	Adapta a técnica sexual conforme a necessidade	1	2	3	4	5
6	Livre de uso de substância que afeta negativamente a função sexual	1	2	3	4	5
7	Expressa capacidade para o desempenho sexual apesar das imperfeições físicas	1	2	3	4	5
8	Expressa conforto com a expressão sexual	1	2	3	4	5
9	Expressa autoestima	1	2	3	4	5
10	Expressa conforto com o corpo	1	2	3	4	5
11	Expressa interesse sexual	1	2	3	4	5
12	Expressa capacidade para a intimidade	1	2	3	4	5
13	Expressa desejo de sensualidade	1	2	3	4	5
14	Relata acesso a parceiro que consente	1	2	3	4	5
15	Expressa respeito pelo parceiro	1	2	3	4	5
16	Expressa aceitação do parceiro	1	2	3	4	5
17	Expressa conhecimento das capacidades sexuais do parceiro	1	2	3	4	5
18	Expressa conhecimento das capacidades sexuais pessoais	1	2	3	4	5
19	Expressa conhecimento das necessidades sexuais do parceiro	1	2	3	4	5
20	Expressa conhecimento das próprias necessidades pessoais	1	2	3	4	5
21	Comunica-se confortavelmente com o parceiro	1	2	3	4	5
22	Comunica as necessidades sexuais	1	2	3	4	5
23	Comunica nas preferências sexuais	1	2	3	4	5
24	Desempenha sexualmente se o ambiente for propício	1	2	3	4	5
25	Desempenha sexualmente sem coerção do parceiro	1	2	3	4	5
26	Outro	1	2	3	4	5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Solidão

Definição: A extensão da resposta de isolamento emocional, social ou existencial

Solidão		Indicadores:					Extensivo(a)	Substancial	Moderado(a)	Limitado(a)	Nenhum(a)
		1	2	3	4	5					
1	Expressão de receio não encontrado		1		2		3		4		5
2	Expressão de desespero		1		2		3		4		5
3	Expressão de extrema inquietação		1		2		3		4		5
4	Expressão de desesperança		1		2		3		4		5
5	Expressão de falta de pertinência		1		2		3		4		5
6	Expressão de perda devida à separação de outro		1		2		3		4		5
7	Expressão de isolamento social		1		2		3		4		5
8	Expressão de não ser compreendido		1		2		3		4		5
9	Expressão de ser excluído		1		2		3		4		5
10	Queixa-se de que o tempo parece não ter fim		1		2		3		4		5
11	Dificuldade de planeamento		1		2		3		4		5
12	Dificuldade de estabelecer contato com outras pessoas		1		2		3		4		5
13	Dificuldade para vencer a separação		1		2		3		4		5
14	Dificuldade para concretizar uma relação mútua		1		2		3		4		5
15	Demonstração de flutuações de humor		1		2		3		4		5
16	Redução da capacidade de concentração		1		2		3		4		5
17	Demonstração de não-afirmatividade		1		2		3		4		5
18	Dificuldade para tomar decisões		1		2		3		4		5
19	Distúrbios alimentares		1		2		3		4		5
20	Distúrbios de sono		1		2		3		4		5
21	Dores de cabeça		1		2		3		4		5
22	Náusea		1		2		3		4		5
23	Pouca atividade		1		2		3		4		5
24	Dor		1		2		3		4		5
25	Desconforto espiritual		1		2		3		4		5
26	Outro		1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf. _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Solução do luto

Definição: Adaptação a uma perda real ou iminente

Solução do luto		Nenhum(a) Leve Moderado(a) Substancial Extensivo(a)										
		1		2		3		4		5		
1	Expressa sentimentos sobre a perda			1		2		3		4		5
2	Expressa crenças espirituais sobre a morte			1		2		3		4		5
3	Verbaliza a realidade da perda			1		2		3		4		5
4	Verbaliza a aceitação da perda			1		2		3		4		5
5	Descreve o sentido da perda ou da morte			1		2		3		4		5
6	Participa do planeamento do funeral			1		2		3		4		5
7	Mantém o testamento			1		2		3		4		5
8	Mantém as orientações antecipadas			1		2		3		4		5
9	Discute conflito(s) não resolvido(s)			1		2		3		4		5
10	Relata ausência de sofrimento somático			1		2		3		4		5
11	Relata redução da preocupação com a perda			1		2		3		4		5
12	Mantém o ambiente em que mora			1		2		3		4		5
13	Mantém o arrumar-se e a higiene			1		2		3		4		5
14	Relata ausência de distúrbios do sono			1		2		3		4		5
15	Relata ingestão nutricional adequada			1		2		3		4		5
16	Relata desejo sexual normal			1		2		3		4		5
17	Busca apoio social			1		2		3		4		5
18	Partilha a perda com pessoas significativas			1		2		3		4		5
19	Relata envolvimento em atividades sociais			1		2		3		4		5
20	Evolui através de estágios de pesar			1		2		3		4		5
21	Expressa expectativas positivas sobre o futuro			1		2		3		4		5
22	Outro			1		2		3		4		5

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Sono

Definição: Extensão e padrão da suspensão natural e periódica da consciência durante a qual o corpo se restabelece

Indicadores:		Extremamente comprometido(a)					Substancialmente comprometido(a)					Moderadamente comprometido(a)					Levemente comprometido(a)					Não comprometido(a)				
		1					2					3					4					5				
1	Horas de sono				1				2				3				4				5				5	
2	Horas de sono observadas				1				2				3				4				5				5	
3	Padrão de sono				1				2				3				4				5				5	
4	Qualidade do sono				1				2				3				4				5				5	
5	Eficácia do sono (proporção de tempo dormido/ tempo total tentado)				1				2				3				4				5				5	
6	Sono ininterrupto				1				2				3				4				5				5	
7	Rotina de sono				1				2				3				4				5				5	
8	Sensações de rejuvenescimento após o sono				1				2				3				4				5				5	
9	Sesta adequada à idade				1				2				3				4				5				5	
10	Acordar em horários adequados				1				2				3				4				5				5	
11	EEG*DPE*				1				2				3				4				5				5	
12	EMG*DPE*				1				2				3				4				5				5	
13	EOG*DPE*				1				2				3				4				5				5	
14	Sinais vitais de DPE*				1				2				3				4				5				5	
15	Outro				1				2				3				4				5				5	

*EEG – Eletroencefalograma

*DPE – Dentro dos Padrões Esperados

*EMG – Eletromiograma

*EOG – Eletroculograma

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ Enf. _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Suporte Social

Definição: Disponibilidade percebida e real provisão de assistência confiável por parte de outras pessoas

Suporte Social		Indicadores:					Nenhum(a)	Limitado(a)	Moderado(a)	Substancial	Extensivo(a)	
		1	2	3	4	5						
1	Relata receber dinheiro fornecido por outros		1		2		3		4		5	
2	Relata tempo oferecido por outros		1		2		3		4		5	
3	Relata trabalho oferecido por outros		1		2		3		4		5	
4	Relata informações fornecidas por outros		1		2		3		4		5	
5	Relata assistência emocional propiciada por outros		1		2		3		4		5	
6	Relata relações de confiança		1		2		3		4		5	
7	Relata existência de pessoas capazes de auxiliar quando é necessário		1		2		3		4		5	
8	Evidência de desejo de buscar ajuda de outros		1		2		3		4		5	
9	Relata existência de rede social de assistência		1		2		3		4		5	
10	Relata contactos sociais de apoio		1		2		3		4		5	
11	Relata ambiente social estável		1		2		3		4		5	
12	Relata ajuda oferecida por outros		1		2		3		4		5	
13	Outro		1		2		3		4		5	

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Tomada de Decisões

Definição: Capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas

Tomada de Decisões		Indicadores:					Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Consistentemente	
							demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	demonstrado(a)	
		1	2	3	4	5						
1	Identifica informações relevantes		1		2		3		4		5	
2	Identifica alternativas		1		2		3		4		5	
3	Identifica potenciais consequências a cada alternativa		1		2		3		4		5	
4	Identifica recursos necessários para apoiar cada alternativa		1		2		3		4		5	
5	Reconhece contradições com outros desejos		1		2		3		4		5	
6	Admite contexto social da situação		1		2		3		4		5	
7	Admite implicações legais relevantes		1		2		3		4		5	
8	Pesa alternativas		1		2		3		4		5	
9	Escolhe entre as alternativas		1		2		3		4		5	
10	Outro		1		2		3		4		5	

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____

Enf.: _____

Classificação dos Resultados de Enfermagem

Vínculo Pais/Bebé

Definição: Comportamentos que demonstram um vínculo afetivo resistente entre um pai/mãe e um bebé

Vínculo Pais/Bebé		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas demonstrado	Consistentemente demonstrado
Indicadores:		1	2	3	4	5
1	Pai/Mãe praticam comportamentos saudáveis	1	2	3	4	5
2	Pai/Mãe designam determinados atributos ao feto	1	2	3	4	5
3	Pai/Mãe preparam-se para o bebé antes do nascimento	1	2	3	4	5
4	Pai/Mãe verbalizam sentimentos positivos em relação ao bebé	1	2	3	4	5
5	Pai/Mãe seguram o bebé próximo a eles	1	2	3	4	5
6	Pai/Mãe tocam, massageiam e batem suavemente nas costas do bebé	1	2	3	4	5
7	Pai/Mãe beijam o bebé	1	2	3	4	5
8	Pai/Mãe sorriem para o bebé	1	2	3	4	5
9	Pai/Mãe visitam o berçário	1	2	3	4	5
10	Pai/Mãe conversam com o bebé	1	2	3	4	5
11	Pai/Mãe usam posição face-a-face	1	2	3	4	5
12	Pai/Mãe usam contacto com os olhos	1	2	3	4	5
13	Pai/Mãe sorriem e emitem sons para o bebé	1	2	3	4	5
14	Pai/Mãe brincam com o bebé	1	2	3	4	5
15	Pai/Mãe reagem às indicações do bebé	1	2	3	4	5
16	Pai/Mãe consolam/acalmam o bebé	1	2	3	4	5
17	Pai/Mãe alimentam o bebé	1	2	3	4	5
18	Pai/Mãe mantêm o bebé seco, limpo e aquecido	1	2	3	4	5
19	Bebé olha para o pai/mãe	1	2	3	4	5
20	Bebé reage às indicações do pai/mãe	1	2	3	4	5
21	Bebé busca proximidade com os pais	1	2	3	4	5
22	Bebé explora o ambiente	1	2	3	4	5
23	Outro	1	2	3	4	5

Apresentação: ComunicAr'te – Comunicar através da arte
(A arte num contexto terapêutico...)
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental: 24 de Maio de 2012.

Fundamentação teórica

A arte faz parte do mundo desde o princípio da humanidade, já na época das cavernas, os seres humanos desenhavam imagens, buscando representar, organizar e significar o mundo em que viviam (Gehring, 2005).

A arte pode ser entendida, quanto à finalidade, como uma forma de interpretar o mundo, de provocar emoção, reflexão, explicar e refletir as histórias humanas, e de representar crenças e homenagear ideias e pessoas (Barbosa, Santos e Leitão, 2007 citando Oliveira e Garcez, 2001).

É também reconhecida na cultura humana, como uma forma de socialização e de expressão. Hoje sabe-se que, além destas funções, a arte pode exercer uma função terapêutica (Barbosa e Werba, 2010).

Na década de 20, Carl Jung, começou a utilizar a arte como forma de tratamento através da utilização de desenhos, representações de imagens de sonhos e de situações de conflitos, considerando este autor que essas representações simbolizavam o inconsciente individual ou o inconsciente coletivo, criando o conceito de arquétipos - formas instintivas de imaginar e de representar imagens (Barbosa e Werba, 2010).

Também Margareth Naumburg utilizou a arte enquanto forma de terapia tendo a convicção de que a expressão livre na arte é uma forma simbólica de linguagem nas crianças, básica a toda educação, concluindo que a expressão espontânea na arte poderia ser básica também ao tratamento psicoterapêutico (Gehring, 2005).

Deste modo, a expressividade enquanto instrumento técnico e conceptual na aliança das arte-terapias e terapias expressivas procura fazer arte enquanto expressão humana e simultaneamente fazer terapia (Barbosa e Werba, 2010).

Coqueiro, Vieira e Freitas (2010, p.860) citando Philippini (2004) referem que “a *arteterapia é um dispositivo terapêutico que absorve saberes das diversas áreas do conhecimento, constituindo-se como uma prática transdisciplinar, visando a resgatar o homem em sua integralidade através de processos de autoconhecimento e transformação.*”

O uso da arte enquanto forma de terapia baseia-se na convicção de que o processo criativo envolvido na atividade artística é terapêutico, manifestando-se na melhoria da qualidade de vida tanto daqueles que estão doentes, como dos que procuram enriquecimento pessoal (Gehring, M., 2005).

De acordo com a Associação Americana de Arteterapia as pessoas podem ampliar o conhecimento de si e dos outros, aumentar sua autoestima, lidar melhor com sintomas, stresse e experiências traumáticas, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais através da criação de arte e reflexão sobre os processos e trabalhos artísticos resultantes (Gehring, 2005).

A mesma associação citada por Carvalho (2001) refere que a arteterapia possibilita modelos para o acesso e os tratamentos educacionais, terapêuticos, cognitivos, na resolução de problemas, na redução da ansiedade na estimulação de uma autoimagem positiva, etc.

Sachs *et al* (2009) citando Monteiro (2009), referem que esta ferramenta terapêutica, através da expressão artística proporciona um espaço para a manifestação de sentimentos, uma abertura para a vida e todas as suas possibilidades, podendo ser útil não só com os doente mas também com os cuidadores.

Os mesmos autores citando Carvalho (1995) dizem que “*aliada ao trabalho de compreensão intelectual e emocional facilita o processo evolutivo da personalidade com um todo, já que ao dar livre curso às expressões das imagens internas, o ser humano transforma a si mesmo.*”

Os objetivos imediatos a todas as técnicas de psicoterapias ativas, na qual se incluem as terapias pela arte, a expressão (catarse), a criatividade, a ab-reação e a transferência (Sousa, 2005).

Esta forma de terapia engloba qualquer tratamento psicoterapêutico que utilize como mediação a expressão artística (dança, teatro, música, ...) ou as representações plásticas (pintura, desenho, gravura, modelagem, máscaras, marionetes...) (Barbosa, Santos e Leitão, 2007).

A terapia pela arte trata-se de um modelo de psicoterapia mediado pela expressão e a criação plástica, os quais permitem que a expressão suceda pela via não-verbal (Sousa, 2005, p.254).

A palavra Expressão deriva do latim *expressione* e significa “*ato de espremer de extrair o suco; maneira de exprimir, frase, palavra. Manifestação de um sentimento (...)*”(Sousa, 2005, p.19).

Aristóteles designou a expressão como *katharsis* (catarse, saída, purga, evacuação, alívio, purificação).

“*A expressão tem valor apenas enquanto dura a sua ação e apenas para quem se expressa (...)*.” Os trabalhos produzidos numa sessão psicoterapêutica são subprodutos de uma situação expressiva-criativa-transferencial, nunca devendo ser considerados obras de arte (Sousa, 2005, p.19).

“*A educação expressiva busca a integração e o desenvolvimento pleno das capacidades humanas, pois busca a humanização em todas as dimensões. Verificamos que somente quando exploramos outras formas de comunicação, expressão e interação, intrapessoal e interpessoal, é que levamos o expressante a esse novo patamar consciencial* (Ferraz, 2011).”

“*No universo da educação expressiva, não é a obra, a produção ou a finalização da expressão que interessa, nem a sua qualidade estética, mas sim, a atividade criadora, vivência, sensações, emoções, competências despertadas, consciencialização e as aprendizagens promovidas, por esta experiência. Interessa a livre expressão isenta de preconceitos e de juízos de valor ou de qualquer estereotipia. Combatemos a estigmatização, a exclusão, a desvalorização, a inferiorização, o não saber fazer, o medo de errar, enfim, o receio de fazer mal*” (Ferraz, 2011).

O ambiente das sessões deverá ser ativo, bastante permissivo, deixando liberdade para a espontaneidade, estimulando-se a expressão, a imaginação, a originalidade e a criatividade. Sendo as regras limitadas à garantia da segurança (Sousa, 2005, p.18).

De acordo com Taylor a criatividade pretendida no contexto terapêutico é a “criatividade expressiva” na qual o individuo poderá expressar os seus sentimentos, de modo criativo, sendo o objetivo a catarse emocional e não propriamente a criação obtida. (Sousa, 2005, p.29).

Objetivos do terapeuta:

Através da sua atitude o terapeuta procura incentivar não só o comportamento criativo do paciente, mas também o seu significado, a satisfação de necessidades insatisfeitas ou de conflitos não resolvidos. Sendo importante que o utente “se expresse, que alivie as suas sobrecargas psíquicas através da catarse e procure o reequilíbrio a personalidade através de atividades criativas que como figuração última representam a sua própria auto-reconstrução” (Sousa, 2005, p.18).

Benefícios das terapias ativas:

- encontrar satisfação no ato de criar, ultrapassar preconceitos bloqueadores;
- encontrar outros meios de expressão e de comunicação, para além dos verbais;
- as atividades são meios de catarse, de autoexploração e auto-realização, sendo sempre representações expressivas das pulsões, emoções e sentimentos do paciente.
- efetuar sistematicamente criações expressivas ajuda o paciente a tomar consciências dos seus sentimentos e ser capaz de os expressar em vez de os ocultar, o que lhe permite começar a clarificar e o ordenar eventuais confusões experienciais.
- ajudam a lidar com estados emocionais às vezes difíceis de controlar.
- podem também expressar-se pensamentos, ideias e comportamentos.
- as “situações fictícias ” permitem uma aquisição experiencial muito próxima das “situações reais.”
- requerem participação ativa, ajudando na mobilização de pacientes passivos e introvertidos.

- proporcionam também um “espaço de liberdade” no qual o paciente pode efetuar diferentes experimentações.
- as terapias ativas constituem sempre atividades agradáveis e divertidas (...). Quando as sessões se convertem em divertimento os seus efeitos terapêuticos potencializam-se.

(Sousa, 2005)

Arte e Comunicação

A capacidade de comunicação não verbalmente promove simultaneamente a comunicação interpessoal e intrapessoal (Ferraz, 2009).

A arte terapia não requer a preocupação estética. O seu objetivo é possibilitar a comunicação. Todos somos capazes de fazer arte, não existindo certo nem errado. O que interessa é a livre expressão, isenta de preconceitos e juízos de valor. (Ferraz, 2009, p.81).

É importante procurar omitir falsos pressupostos do tipo “bonito” ou “feio”, “bem feito” ou “mal feito” (Sousa, 2005, p.257/67).

“Quando o paciente pede ajuda do terapeuta está a fazer-lhe uma solicitação no domínio dos sentimentos, procurando estabelecer uma relação transferencial e não solicitando de facto um apoio técnico no trabalho. A melhor ajuda será, por isso, dispensar-lhe essa atenção mas de forma motivadora, procurando ajudar a procurar nas suas vivências outros caminhos expressivos possíveis” (Sousa, 2005, p.264). Por exemplo, no caso do utente pedir ajuda para desenhar flores, pode em vez disso, perguntar-lhe de que flores gosta mais, onde costuma ver flores, com quem...

O objetivo não será a produção de “obras de arte.” *“As relações do paciente com a arte é muito importante, mas é pessoal, particular, individualizada e nunca com fins de ser sujeita à apreciação de outras pessoas. O que é expresso é muito íntimo, traduz o que há de mais profundo no paciente, devendo o terapeuta garantir sempre a sua confidencialidade, sobretudo quando o paciente não possui capacidades para o fazer”* (Sousa, 2005, p.267).

Bibliografia

- Albuquerque, C. M. & Oliveira, C. P. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito. *Millenium Revista do ISPV*, 26, p.79-84. Acedido em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium_26/26_22.htm em 19 de Fevereiro de 2012.
- Carvalho, M. (2001). Terapia cognitivo-comportamental através da Arteterapia. *Revista Psiquiatria Clínica* 28 (6), 318-321.
- Coqueiro, N.; Vieira, F. & Freitas, M.; (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem* 23 (6), 859-62. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/22.pdf> em 26 de Janeiro de 2012.
- Sachs, M.; Cañizares, P; Aranha, V. & Lucis, M. (2009). Arteterapia e trabalho corporal no cuidado com cuidadores – relato de experiência. III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia – subjetividade, cultura e poder. Acedido em http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-108.pdf em 24 de Janeiro de 2012.
- Ferraz, M. (2011). Educação expressiva - um novo paradigma educativo. Coleção: expressão em terapia – volume 2. Venda do Pinheiro: Tuttirév editorial.
- American Art Therapy Association: <http://www.arttherapy.org/>
- Barbosa, E.; Werba, G.; (2010). Arteterapia e idosos institucionalizados: uma experiência no tempo. *Revista Conversas interdisciplinares*. Ano I. vol. 1.
- Barbosa, I.; Santos, M.; Leitão.G.; (2007); Arteterapia na assistência de enfermagem em oncologia: produções, expressões e sentidos entre pacientes e estudantes de graduação. *Esc Anna Nery R Enferm*; 11(2): 227 – 33.
- Ferraz, M. (2009) Terapias expressivas integradas (1ª edição). Coleção Expressão em Terapia – volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- Gehringer, M. (2005). Arteterapia – um caminho transpessoal. Campinas. Acedido em http://www.humanitatis.com/Trabalhos/trabalhoA_rterapia.pdf
- Pratt, R. (2004). Art, dance and music therapy. *Physical Medicine Rehabilitation Clinics of North America*. 15 (2004) 827–841.Elsevier Saunders. Acedido em http://www.med.nyu.edu/pmr/residency/resources/PMR%20clinics%20NA/PMR%20clinics%20NA_performing%20arts%20medicine/art%20dance%20music%20therapy_PMR%20clinics.pdf em 22 de Dezembro de 2011.
- Sousa, A. (2005). Psicoterapias activas (Arte-terapias). Coleção Biblioteca do educador. Lisboa. Livros Horizonte.

Planeamento da sessão/intervenção					
Tipo de intervenção:	Sessão formativa - ComunicAr'te - Comunicar através da arte.				
Local de realização:	SPSM - CHON	Data:	24.Maio.2012	Duração:	90 min (60' apresentação + 30' discussão)
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Um grupo forma-se para a realização de uma tarefa específica, sendo definido o tempo de intervenção, e um grupo de formação não é exceção a esta regra (Lopes e Pereira, 2006). ✓ “Num contexto de formação, um grupo é definido porque se pretende atingir o público-alvo em três frentes: cognitivo, psicomotor e afetivo” (Lopes e Pereira, 2006, p.129). ✓ “É a partir de uma correta planificação, que o formador assegura, dentro dos limites do possível que os formandos vão atingir os objetivos pretendidos, no final da ação de formação” (Ferrão e Rodrigues in Lopes e Pereira, 2006, p.217). ✓ Está previsto nas competências do enfermeiro especialista a responsabilização por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, enquadrando-se esta unidade de competência -se no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (domínio D). ✓ Tal como refere Vitorino (s.d.) in Lopes e Pereira (2006, p.233), “a formação é a raiz do desenvolvimento e a sua avaliação o fertilizante necessário para a melhoria contínua da organização, do país e do mundo.” 				
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar os terapeutas do serviço de psiquiatria e saúde mental para a importância do uso da arte no contexto terapêutico. ✓ Apresentação da fundamentação teórica dos benefícios da arte enquanto terapia. ✓ Apresentação dos objetivos do grupo terapêutico ComunicAr'te. 				
Seleção dos participantes:	Todos os funcionários, técnicos voluntários e estagiários do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON.				
Métodos e técnicas:				Recursos materiais:	Tempo:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução à formação. ✓ Apresentação dos fundamentos teóricos sobre arteterapia. ✓ Apresentação dos objetivos gerais terapêuticos do Grupo ComunicAr'te. 				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Data-show ✓ Power Point ✓ Computador 	5 min 20 min

Guião de relaxamento

Guião para relaxamento nº 2:

[Sente-se confortável. Feche os olhos e concentre-se na respiração por breves instantes. Imagine que, diante dos seus olhos se abre um enorme écran... totalmente branco...]

O Banho de chuveiro

Imagine que tem um chuveiro imaginário por cima da sua cabeça.

A água escorre sobre o cabelo e aquece-lhe os músculos dos ombros, á medida que desce pelas costas.

Os ombros elevados descaem com alívio devido ao calor.

Você sente a água quente a cair-lhe sobre o corpo, aquece-lhe os músculos e a pele,

A água massaja-o ao descer pelas pernas e pés.

À medida que levanta a cara para o chuveiro, fica coberto por água que corre com uma pressão firme sobre a cara, o pescoço e os ombros.

A água é simultaneamente confortante revigorante.

O alívio reconfortante que sente com a água a cair-lhe sobre o corpo fá-la suspirar profundamente.

A pressão da água alivia e refresca-o.

Quando o duche termina fica instantaneamente seco, embora se sinta quente e retemperado.

Ao relaxar diz para si mesmo: "*isto é o relaxamento. Isto é a verdadeira libertação. Isto é o que eu quero.*"

O Raio de Sol

Imagine uma radiante bola de luz, situada logo acima da sua cabeça, criando um campo de raios brilhantes,

a vibrar numa pirâmide protetora em redor do seu corpo.

Sinta o seu efeito protetor a circundar o seu corpo num diâmetro de um metro.

Repare que a luz é quente e, ao envolvê-lo, causa-lhe conforto.

Dará consigo a virar a face para a luz, a fim de captar o calor do sol radiante.

Sente a luz a infiltrar-se no seu corpo.

Esta experiência é confortante e, para sua surpresa, pode sentir o calor circulando pelo corpo, da cabeça aos pés.

Agora apercebe-se que a luz cintila e, ao tocar-lhe a pele, fá-lo sentir-se particularmente revigorado.

O brilho dos raios de sol dança sobre a sua pele, fazendo desaparecer qualquer tensão que o afetasse.

A sua energia cresce, em resposta ao calor e ao cintilar.

À medida que relaxa diz para si mesmo: "*isto é o relaxamento. Isto é a verdadeira libertação. Isto é o que eu quero.*"

Guião de relaxamento

A Vassoura

Uma vassoura mágica surge do nada para varrer a tensão do seu corpo.

Remexe-lhe o cabelo, deixando-lhe um formigueiro no couro cabeludo.

A sua cabeça aquece e fica livre de tensão.

Seguidamente, o pescoço fica móvel e relaxado.

À medida que o stress é varrido dos seus ombros, estes relaxam e ficam mais leves. A rigidez diminui e a tensão desaparece da região dorsal.

Esta vassoura é poderosa e radical na sua capacidade de varrer o stress do seu corpo.

Você pode sentir as suas cerdas a removerem a tensão do abdómen e das pernas.

Quando, finalmente, é a vez dos seus pés serem varridos, a sensação é de leveza e mobilidade, gerando energia.

Você sabe que está livre de tensão e sente-se seguro, enquanto o stress é varrido para a pá e afastado do seu corpo.

Sem a sobrecarga do stress e da tensão, sente-se capaz de lidar com qualquer coisa.

Sente-se com as baterias carregadas e renovou a sua energia.

Os seus pés movem-se com energia renovada, tentando-o a pôr-se de pé e a dançar em pontas.

Sente-se vivo e livre.

À medida que relaxa diga para si mesmo: *“isto é o relaxamento. Isto é a verdadeira libertação. Isto é o que eu quero.”*

Agora vou contar de 1 a 5 e, à medida que conto comecem a sentir-se mais despertos, mais frescos, com a cabeça mais desanuviada.

Quando eu chegar ao 5, gostaria que abrissem os olhos...1, comecem a sentir-se alerta ... 2 ... 3, ainda mais alerta ... 4... 5... abram os olhos e, suavemente estiquem os braços e as pernas.

Ficha Musical nº 4

Título: David Miles Huber – In harmony with nature

Tempo de duração: Faixa 1 – Mountain Streams (9.17')

Faixa 2 – Evening Sunset (6.21')


Fonte: desconhecida

Objetivos: utilizar a música como elemento facilitador de relaxamento.

Notas:

Manual de relaxamento do terapeuta






“O trabalho em saúde impõe aos profissionais da área uma rotina carregada de alto grau de tensão que envolve toda a equipe (Damas *et al*, 2004).”

A arte do relaxamento é uma valiosa característica que promove e mantém a saúde espiritual, porque permite que a pessoa se concentre nas suas tarefas com menor ansiedade, tornando, o indivíduo mais eficiente nas tarefas que realiza (Luckmann & Sorensen, 1998).

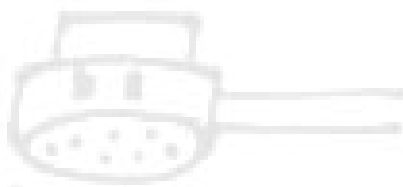
“Ninguém pode dar ao outro o que não tem, diz um antigo provérbio, é facto, por conseguinte, que seremos mais eficazes na nobre tarefa de cuidar se nos dispusermos a promover o bem-estar do outro sem esquecermos do nosso próprio (Damas *et al*, 2004 citando Martins, 2003).



O exercício da respiração abdominal é muito útil para o relaxamento imediato no dia-a-dia pois pode ser realizado em qualquer lado, e em qualquer momento, sem recurso a privacidade ou a equipamentos específicos (Riley, 2004).

Técnica de respiração abdominal

- Sente-se, fique de pé ou deite-se numa posição confortável, com a coluna direita.
- Coloque uma mão no abdómen e outra no peito.
- Inspire lenta e profundamente pelo nariz. O abdómen deve expandir-se e empurrar a mão. O tórax deve mover-se apenas ligeiramente.
- Quando tiver inspirado o máximo possível, sustenha a respiração por alguns segundos antes de expirar.
- Comece a expirar lentamente através da boca, colocando os lábios como se fosse assobiar. franzir os lábios ajuda a controlar a velocidade com que expira e mantém as vias aéreas abertas o máximo de tempo possível.
- Sinta o abdómen a diminuir à medida que os pulmões se esvaziam de ar.
- Comece o ciclo de inspiração-expiração novamente.
- Concentre-se no som e sensação da sua respiração à medida que fica cada vez mais relaxado.



Banho de chuveiro

Imagine que tem um chuveiro imaginário por cima da sua cabeça.

A água escorre sobre o cabelo e aquece-lhe os músculos dos ombros, à medida que desce pelas costas.

Os ombros elevados descaem com alívio devido ao calor.

Você sente a água quente a cair-lhe sobre o corpo, aquece-lhe os músculos e a pele,

A água massaja-o ao descer pelas pernas e pés.

À medida que levanta a cara para o chuveiro, fica coberto por água que corre com uma pressão firme sobre a cara, o pescoço e os ombros.

A água é simultaneamente confortante revigorante.

O alívio reconfortante que sente com a água a cair-lhe sobre o corpo fá-la suspirar profundamente.

A pressão da água alivia e refresca-o.

Quando o duche termina fica instantaneamente seco, embora se sinta quente e retemperado.

Ao relaxar diz para si mesmo: *“isto é o relaxamento. Isto é a verdadeira libertação. Isto é o que eu quero.”*

Raio de Sol

Imagine uma radiante bola de luz, situada logo acima da sua cabeça, criando um campo de raios brilhantes,

a vibrar numa pirâmide protetora em redor do seu corpo.

Sinta o seu efeito protetor a circundar o seu corpo num diâmetro de um metro.

Repare que a luz é quente e, ao envolvê-lo, causa-lhe conforto.

Dará consigo a virar a face para a luz, a fim de captar o calor do sol radiante.

Sente a luz a infiltrar-se no seu corpo.

Esta experiência é confortante e, para sua surpresa, pode sentir o calor circulando pelo corpo, da cabeça aos pés.

Agora apercebe-se que a luz cintila e, ao tocar-lhe a pele, fá-lo sentir-se particularmente revigorado.

O brilho dos raios de sol dança sobre a sua pele, fazendo desaparecer qualquer tensão que o afetasse.

A sua energia cresce, em resposta ao calor e ao cintilar.

À medida que relaxa diz para si mesmo: *“isto é o relaxamento.*

Isto é a verdadeira libertação. Isto é o que eu quero.”

Escudo de Proteção

Imagine um escudo transparente que sobe em seu redor quando sente perigo.

O seu escudo protetor encontra-se a cerca de meio metro de si, Permitindo-lhe que se mova livremente, apesar de o proteger de todos os lados.

O escudo é invisível.

Dentro dele, o ar é fresco e toca-lhe a pele à medida que circula em torno do seu corpo.

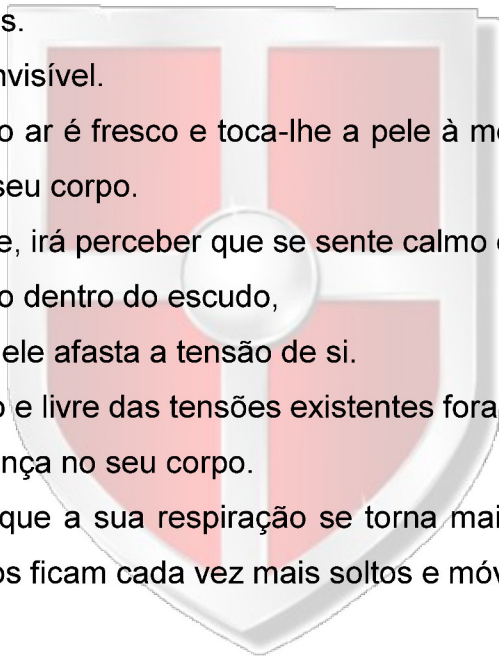
Gradualmente, irá perceber que se sente calmo e bem protegido dentro do escudo, uma vez que ele afasta a tensão de si.

Está relaxado e livre das tensões existentes fora do escudo.

Sente segurança no seu corpo.

Dá-se conta que a sua respiração se torna mais lenta e que os seus músculos ficam cada vez mais soltos e móveis.

À medida que relaxa diz para si mesmo: *“isto é o relaxamento. Isto é a verdadeira libertação. Isto é o que eu quero.”*



Vassoura

Uma vassoura mágica surge do nada para varrer a tensão do seu corpo.

Remexe-lhe o cabelo, deixando-lhe um formigueiro no couro cabeludo.

A sua cabeça aquece e fica livre de tensão.

Seguidamente, o pescoço fica móvel e relaxado.

À medida que o stress é varrido dos seus ombros, estes relaxam e ficam mais leves.

A rigidez diminui e a tensão desaparece da região dorsal.

Esta vassoura é poderosa e radical na sua capacidade de varrer o stress do seu corpo.

Você pode sentir as suas cerdas a removerem a tensão do abdómen e das pernas.

Quando, finalmente, é a vez dos seus pés serem varridos, a sensação é de leveza e mobilidade, gerando energia.

Você sabe que está livre de tensão e sente-se seguro, enquanto o stress é varrido para a pá e afastado do seu corpo.

Sem a sobrecarga do stress e da tensão, sente-se capaz de lidar com qualquer coisa.

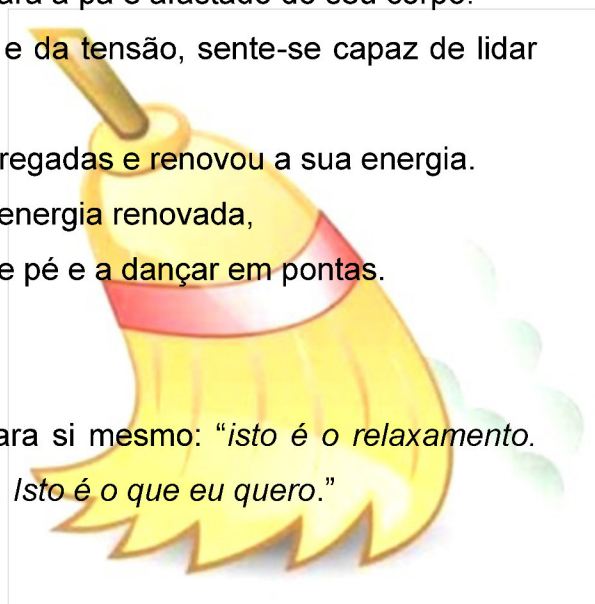
Sente-se com as baterias carregadas e renovou a sua energia.

Os seus pés movem-se com energia renovada,

Sente-se tentando a pôr-se de pé e a dançar em pontas.

Sente-se vivo e livre.

À medida que relaxa diga para si mesmo: *“isto é o relaxamento. Isto é a verdadeira libertação. Isto é o que eu quero.”*



Massagem

Um par de mãos vigorosas, vindo não se sabe de onde, apoia-se nos seus ombros.

Estas mãos grandes, mas suaves, irradiam um calor pouco habitual sobre a parte superior das suas costas.

O movimento é calmante e o calor penetra em profundidade.

Depois destas mãos tão confortáveis, lhe terem afastado a tensão dos ombros com a massagem, consegue rodá-los com facilidade.

Está relaxado.

As mãos deslocam-se para desfazer os nós que tem nos músculos do pescoço.

O toque é mágico, como se o simples facto de as mãos se encontrarem ali fizesse dissipar a rigidez da tensão acumulada.

As mãos afastam a tensão do seu corpo.

Em seguida, as mãos dirigem-se para a região lombo-sagrada e massajam a rigidez em torno da coluna vertebral.

A pressão é firme e, em cada movimento circular, você toma consciência que a sua respiração evidencia um relaxamento gradual.

A respiração vai ficando mais lenta à medida que você se acalma totalmente, pelo conforto que emana das mãos.

Você pode sentir os músculos do pescoço, ombros e costas melhor irrigados e mais quentes sob o efeito das mãos, enquanto elas afastam, por meio da massagem, o medo e a rigidez.

Sente-se quente, livre e protegido.

À medida que relaxa diga para si mesmo: *“isto é o relaxamento. Isto é a verdadeira libertação. Isto é o que eu quero.”*

"A maior descoberta da minha geração foi a de que o ser humano pode alterar sua vida alterando sua mente".

William James




Bibliografia

Damas, K.; Munari, D. & Siqueira, K. (2004). Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n.02. (p. 272-278). Acedido em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/cuidador.html.

Luckmann & Sorensen. (1998). Enfermagem Fundamental - Abordagem psicofisiológica. (1ª edição em português). Lisboa: Lusodidacta.

Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento – Um guia prático para os profissionais de saúde (2ª edição). Camarate: Lusociência.

Riley, J. B. (2004). Comunicação em enfermagem (4ª edição). Loures: Lusociência.



Planeamento da sessão/intervenção					
Tipo de intervenção:	Sessão formativa – Padrões de Qualidade em Enfermagem.				
Local de realização:	HDS - serviço de psiquiatria – sala de reuniões	Data:	12.Julho.2012	Duração:	120 min.
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Um grupo forma-se para a realização de uma tarefa específica, sendo definido o tempo de intervenção, e um grupo de formação não é exceção a esta regra (Lopes e Pereira, 2006). ✓ “Num contexto de formação, um grupo é definido porque se pretende atingir o público-alvo em três frentes: cognitivo, psicomotor e afetivo” (Lopes e Pereira, 2006, p.129). “É a partir de uma correta planificação, que o formador assegura, dentro dos limites do possível que os formandos vão atingir os objetivos pretendidos, no final da ação de formação” (Ferrão e Rodrigues in Lopes e Pereira, 2006, p.217). ✓ Está previsto nas competências do enfermeiro especialista a responsabilização por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, enquadrando-se esta unidade de competência -se no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (domínio D) (OE, 2010^{a,b}). ✓ Tal como refere Vitorino (s.d.) in Lopes e Pereira (2006, p.233), “a formação é a raiz do desenvolvimento e a sua avaliação o fertilizante necessário para a melhoria contínua da organização, do país e do mundo.” ✓ Terapia Simples Relaxamento - Uso de técnicas para encorajar e elicitar o relaxamento, com o propósito de reduzir sinais e sintomas indesejáveis como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade (CIPE, 2006). ✓ O termo “relaxado” é usado quer para referir o relaxamento muscular quer para pensamentos de tranquilidade. Parte-se do princípio de que existe um laço entre ambos, uma vez que o estado geral aparente de relaxamento pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos (Payne, 2003). ✓ O relaxamento é uma técnica para promover o desaparecimento de tensão física, mental e emocional. A arte do relaxamento é uma valiosa característica que promove e mantém a saúde espiritual, porque permite que a pessoa se concentre nas suas tarefas com menor ansiedade, tornando, portanto, o indivíduo mais eficiente nas coisas que leva a cabo (Bolander, 1998) ✓ Além de executar as técnicas de relaxamento aos pacientes, torna-se também 				

	<p>deveras importante aplica-la aos técnicos. E tal como afirma Bolander (1998) os enfermeiros que praticam o relaxamento e desenvolvem hobbies e interesses de diversão exteriores, estarão provavelmente mais relaxados e capazes de proporcionar ao utente, cuidados mais eficientes. Estão melhor equipados do que outros para satisfazer as necessidades espirituais do utente, porque satisfizeram as suas e são mais eficientes na ajuda ao utente por não estarem preocupados com problemas pessoais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A respiração profunda é uma técnica simples, que se torna a base para o relaxamento, em que a tensão é libertada quando os pulmões podem inspirar tanto oxigénio quanto possível (Sobel e Ornstein, 1996 citados por Townsend, 2011). ✓ O exercício da respiração abdominal é muito útil para o relaxamento imediato no dia-a-dia pois pode ser realizado em qualquer lado, e em qualquer momento, sem recurso a privacidade ou a equipamentos específicos (Riley, 2004). 		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar os enfermeiros do serviço de psiquiatria para a importância dos programas de qualidade e de melhoria continua nos serviços. ✓ Sensibilizar os enfermeiros do serviço para a importância de cuidar do cuidador. ✓ Dar ferramentas para a utilização de técnicas de auto relaxamento. 		
Seleção dos participantes:	Todos os enfermeiros do serviço de psiquiatria do HDS.		
Métodos e técnicas:		Recursos materiais:	Tempo:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução à sessão. ✓ Apresentação da planificação da sessão. ✓ Apresentação alusiva ao tema “Padrões de Qualidade em enfermagem.” ✓ Promover interação e discussão grupal sobre a sessão formativa. <p>“Lanche com Saúde Mental”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a interação e socialização entre todos os participantes na formação. ✓ Proporcionar um momento de descontração após a formação. ✓ Fazer a ponte para a sessão de relaxamento. ✓ Criar um ambiente silencioso, sem interrupções, com iluminação moderada e temperatura confortável, quando possível. ✓ Evidenciar a importância do cuidar do cuidador. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Data-show ✓ Power Point ✓ Computador <ul style="list-style-type: none"> ✓ Chá ✓ Biscoitos. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Radio/ Computador com 	<p>5 min</p> <p>55 min</p> <p>20 min</p> <p>30 min</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Descrever as razões para o relaxamento e os seus benefícios. ✓ Incentivar o uso de técnicas de relaxamento como estratégia para cuidar do cuidador. ✓ Determinar se alguma intervenção de relaxamento usada anteriormente foi útil. ✓ Oferecer reforço regular para o uso do relaxamento, como elogiar as tentativas e reconhecer os resultados positivos. ✓ Analisar o desejo dos intervenientes em participar, sua capacidade para participar, sua preferência, suas experiências anteriores e as contra-indicações, antes de selecionar determinada estratégia de relaxamento. ✓ Orientar para antecipar a necessidade de uso do relaxamento. ✓ Oferecer uma descrição detalhada da intervenção de relaxamento escolhida. ✓ Evidenciar a importância da respiração abdominal; ✓ Colocar a música selecionada. <p><u>Técnica de respiração abdominal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sente-se, fique de pé ou deite-se numa posição confortável, com a coluna direita. ✓ Coloque uma das mãos no abdómen e outra no peito. ✓ Inspire lenta e profundamente pelo nariz. O abdómen deve expandir-se e empurrar a mão. O tórax deve mover-se apenas ligeiramente. ✓ Quando tiver inspirado o máximo possível, sustenha a respiração por alguns segundos antes de expirar. ✓ Comece a expirar lentamente através da boca, colocando os lábios como se fosse assobiar. franzir os lábios ajuda a controlar a velocidade com que expira e mantém as vias aéreas abertas o máximo de tempo possível. ✓ Sinta o abdómen a diminuir à medida que os pulmões se esvaziam de ar. ✓ Comece o ciclo de inspiração-expiração novamente. ✓ Concentre-se no som e sensação da sua respiração à medida que fica cada vez mais relaxado. 	<p>colunas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cd música relaxamento. (ver ficha musical nº4) 	
--	--	--

Planeamento da sessão/intervenção				
Tipo de intervenção:	Terapia de relaxamento + técnica de respiração abdominal			
Local de realização:	E.T. de Caldas da Rainha	Data:	11 de Maio	Duração: 60 minutos
Justificação da intervenção:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapia Simples Relaxamento - Uso de técnicas para encorajar e elicitar o relaxamento, com o propósito de reduzir sinais e sintomas indesejáveis como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade (CIPE, 2006). ✓ O termo “relaxado” é usado quer para referir o relaxamento muscular quer para pensamentos de tranquilidade. Parte-se do princípio de que existe um laço entre ambos, uma vez que o estado geral aparente de relaxamento pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos (Payne, 2003). ✓ O relaxamento é uma técnica para promover o desaparecimento de tensão física, mental e emocional. A arte do relaxamento é uma valiosa característica que promove e mantém a saúde espiritual, porque permite que a pessoa se concentre nas suas tarefas com menor ansiedade, tornando, portanto, o indivíduo mais eficiente nas coisas que leva a cabo (Bolander, 1998). ✓ Além de executar as técnicas de relaxamento aos pacientes, torna-se também deveras importante aplica-la aos técnicos. E tal como afirma Bolander (1998) os enfermeiros que praticam o relaxamento e desenvolvem hobbies e interesses de diversão exteriores, estarão provavelmente mais relaxados e capazes de proporcionar ao utente, cuidados mais eficientes. Estão melhor equipados do que outros para satisfazer as necessidades espirituais do utente, porque satisfizeram as suas e são mais eficientes na ajuda ao utente por não estarem preocupados com problemas pessoais. ✓ A respiração profunda é uma técnica simples que se torna a base para o relaxamento, em que a tensão é libertada quando os pulmões podem inspirar tanto oxigénio quanto possível (Sobel e Ornstein, 1996 citados por Townsend, 2011). ✓ O exercício da respiração abdominal é muito útil para o relaxamento imediato no dia-a-dia pois pode ser realizado em qualquer lado, e em qualquer momento, sem recurso a privacidade ou a equipamentos específicos (Riley, 2004). 			
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar e alertar os técnicos para a importância do relaxamento. ✓ Permitir alcançar um estado de relaxamento. 			

<p>moderada e temperatura confortável, quando possível.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar os técnicos a colocar-se em posição confortável, com roupas confortáveis e olhos fechados. ✓ Individualizar o conteúdo da intervenção de relaxamento. ✓ Elicitar comportamentos condicionados para produzir relaxamento, como respiração profunda, bocejo, respiração abdominal ou o uso de imagens que tragam paz. ✓ Orientar os técnicos para relaxar e deixar as sensações acontecerem. ✓ Usar tom de voz baixo, com um encadeamento de palavras lento e rítmico. ✓ Demonstrar e praticar a técnica de relaxamento com os técnicos. ✓ Encorajar as demonstrações de retorno das técnicas, se possível. ✓ Antecipar a necessidade de uso do relaxamento. ✓ Oferecer informação escrita sobre o preparo e o envolvimento nas técnicas de relaxamento, se necessário. ✓ Encorajar a repetição ou a prática frequente da(s) técnica(s) selecionada(s). ✓ Oferecer tempo sem interrupções, uma vez que podem adormecer. ✓ Encorajar o controle quando a técnica de relaxamento está sendo usada. ✓ Avaliar com regularidade o relato individual do relaxamento alcançado, e, periodicamente, monitorar a tensão muscular, a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e a temperatura da pele, quando adequado. ✓ Planejar oferecer reforço regular para o uso do relaxamento, como elogiar as tentativas e reconhecer os resultados positivos. ✓ Elaborar uma fita da técnica de relaxamento para uso individual, quando adequado. ✓ Avaliar e documentar a resposta à terapia por relaxamento. ✓ Avaliação das expectativas e resultados. ✓ Conclusão da sessão de terapia de relaxamento. 	20 min	
Bibliografia:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CIPE (2006); Bolander (1998); NIC (2004); Payne (2003); Riley (2004); Townsend (2011) 	

Ficha Musical nº 1

Título: Aromatherapy relaxing - levantis. Music for the mind, body & spirit

Tempo de duração: Faixa 2 – Drifting (5.34')

Faixa 3 – Wild Glades (4.20)

Fonte: Compact disc – Hallmark – music & entertainment (2002)

Objetivos: utilizar a música como elemento facilitador de relaxamento.

Notas:

Guião para relaxamento nº 1: Ilha deserta

[Sente-se confortável ou então, deite-se de costas. Feche os olhos e concentre-se na respiração por breves instantes. Imagine que, diante dos seus olhos se abre um enorme écran... totalmente branco. Pouco a pouco, você entra nesse ecrã e começa a participar no filme. Passou para dentro da própria história...]

O sol brilhava no céu e eu sentia-me quente...muito quente...

Estava numa ilha deserta, e o sol queimava o meu corpo...

E eu sentia-me cansado, muito cansado...

Sentia o meu braço direito quente...muito quente...

Quente e pesado, muito pesado...

O sol brilhava com mais intensidade...reparei que o meu braço esquerdo ficou mais quente...

Muito quente e cansado, muito cansado...

A minha perna direita estava quente, muito quente, muito quente...

A minha perna esquerda ficou mais quente... quente e pesada...

E eu estava só cada vez mais só...naquela ilha deserta onde o sol está cada vez mais quente...

Foi então que resolvi correr pela praia, eu estava só, muito só...

As minhas pernas começaram a ficar cansadas de tanto correr... muito. Cansadas...

Caí na areia...as pernas estavam pesadas e os meus braços também...

Pesadas e quentes e eu estava cansado, muito cansado...

A brisa do mar, fresca e húmida começava finalmente a refrescar o meu corpo...

Sentia um ar fresco que percorria as minhas pernas e a parte superior do meu corpo...

Sentia-me cansado, muito cansado e o corpo pesado...

As ondas do mar vinham enrolar-se na areia, calmamente, muito calmamente...

Num tom azul, muito transparente... As gaivotas podiam ouvir-se ao longe...

E em grupo, ouvia-se o seu cantar... ao longe...

As palmeiras ondulavam lentamente ao sabor da brisa do mar...

Eu estava muito cansado e ouvia ao longe o roçar das folhas umas nas outras...

E o meu corpo ficava ainda mais cansado e mais pesado...

Tão pesado que adormeci... Fiquei adormecido durante algum tempo...

Quando acordei, quente e descansado, o corpo ainda entorpecido...

Era ainda dia e o sol sobrepunha ao mar...

Estava uma brisa fresca de fim de tarde...

Esprequice-me... Estiquei as pernas...

E dei por mim em casa, saindo lentamente do meu sonho...

Agora vou pedir-vos que tragam a vossa atenção para a sala onde estamos a repousar. Vou contar de 1 a 5 e, à medida que conto comecem a sentir-se mais despertos, mais frescos, com a cabeça mais desanuviada. Quando eu chegar ao 5, gostaria que abrissem os olhos...1, comecem a sentir-se alerta ... 2 ...

3, ainda mais alerta ... 4... 5... abram os olhos e, suavemente estiquem os braços e as pernas.

Título: Interrupções no trabalho de enfermagem - um processo de melhoria contínua da qualidade.

Autor: Carla Alexandra Calisto Matias

Email: carla.ac.matias@hotmail.com

Resumo curricular

Enfermeira na Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha do IDT, desde 2009

Licenciada em enfermagem pela Escola Superior São João de Deus (2008)

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela Escola Superior de Saúde de Leiria (2012)

[Trabalho realizado no âmbito do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Leiria, sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques.]

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo desenvolver um plano de melhoria da qualidade, para resolver a problemática das interrupções no trabalho de enfermagem na Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha. A metodologia utilizada teve como base o processo de melhoria contínua e o ciclo de PDCA. Com a implementação deste processo os principais resultados obtidos foram a redução de cerca de 80% das interrupções no trabalho de enfermagem, traduzindo-se numa prestação de cuidados mais eficaz e eficiente com conseqüente maior grau de satisfação por parte de todas as enfermeiras da Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha.

Palavras-chave: interrupções no trabalho; enfermagem; melhoria de qualidade; ciclo de PDCA.

ABSTRACT

The current work had as its objective the development of a plan of quality improvement, to solve the problems caused by interruptions to the nursing work in the Treatment Team in Caldas da Rainha. The method used had as its starting point the process of continuous improvement and the cycle of PDCA.

With the implementation of the process, the principal results obtained were a reduction of about 80% in interruptions to nursing work, leading to a better and more efficient service of care with the consequent higher degree of satisfaction from all the nurses on the Treatment Team in Caldas da Rainha.

Key Words: work interruptions; nursing; better quality; PDCA cycle.

RÉSUMÉ

Le présent projet a comme objectif le développement d'un plan d'amélioration de la qualité, pour résoudre les problèmes des interruptions dans le travail des infirmiers de l'Équipe de Soins de Caldas da Rainha.

La méthodologie utilisée a eu comme base le procès d'amélioration continue et le cycle de PDCA. Avec l'implantation de ce procès, les principaux résultats obtenus ont été réduits de presque 80% des interruptions dans le travail du métier d'infirmier, se traduisant par des soins plus efficaces et ayant une meilleure satisfaction pour la plupart des infirmières de l'Équipe de Soins de Caldas da Rainha.

Mots-clés : interruptions dans le travail, infirmerie, amélioration de la qualité, cycle de PDCA.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo desenvolver un plan para mejorar la calidad, para resolver el problema de las interrupciones en el trabajo de enfermería en el Equipo de Tratamiento de Caldas da Rainha. La metodología utilizada tuvo como base el processo de mejoría permanente y el ciclo de PDCA. Con la implementación de este proceso los principales resultados han sido la reducción del 80% de las interrupciones en el trabajo de enfermería, o sea, cuidados más efectivos con mayor satisfacción de todas las enfermeras del Equipo de Tratamiento de Caldas da Rainha.

Palavras llave: interrupciones en el trabajo; enfermería; mejoría de calidad; ciclo de PDCA.

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo desenvolver um plano de melhoria da qualidade, com base no processo de melhoria contínua e no ciclo de PDCA, após diagnóstico de uma situação problemática na Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha.

A Gestão da Qualidade surgiu a partir dos anos 70, integrando a garantia da qualidade e a preocupação com a contínua melhoria dos produtos e pode ser entendida como um esforço contínuo para melhorar (Roldão & Ribeiro, 2007). Deming citado por Roldão *et al.*, (2007, p.58) define qualidade como “um grau previsível de uniformidade e confiança ao mais baixo custo e adaptado às necessidades do mercado.” Por sua vez, Crosby (1979) citado por Roldão *et al.* (2007, p.58), considera que a qualidade é um processo dinâmico e não um programa em que o único padrão de desempenho aceitável é o "zero defeitos". Atualmente, o conceito de qualidade é visto como sendo da responsabilidade de todos numa organização e os princípios da melhoria contínua aplicam-se aos produtos, aos serviços e à organização (Roldão *et al.*, 2007). De acordo com Pinto & Soares (2010, p.21) o sistema de gestão da qualidade “é entendido como a filosofia e prática de gestão que se traduz no envolvimento de todos os que trabalham na organização num processo de cooperação que se concretize no fornecimento de produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes.” Os mesmos autores em referência aos processo de gestão mencionam que “só é possível gerir o que se conhece (e mede)” e gerir pressupõe a fixação de objetivos, o planeamento das ações necessárias para os atingir e a avaliação da eficácia do planeado e do que foi implementado (Pinto *et al.*, 2010, p.25).

No âmbito dos processos de melhoria contínua nas organizações Deming, na sequência de um projeto idealizado por Shewhart, desenvolveu e divulgou o ciclo de PDCA, também conhecido por ciclo de Shewhart ou ciclo de Deming. O ciclo de PDCA consiste numa metodologia que potencia a melhoria contínua, tendo como finalidade clarificar e agilizar os processos de gestão e desenvolve-se em 4 fases: *Plan* (planear), *Do* (Executar), *Check* (Verificar) e *Act* (Atuar), utilizando-se a aprendizagem de um ciclo para aprimorar e ajustar expectativas para o ciclo seguinte (Pinto *et al.*, 2010).

A pertinência dos processos de melhoria contínua justifica-se com o que defende Seixo (2007, p.12) quando menciona que “a abordagem à gestão do desempenho e a sua implementação nas organizações é, no enquadramento socioeconómico atual (...) cada vez mais necessária como forma de melhorar a eficácia e eficiência (...).”

2 – METODOLOGIA - a implementação do processo de melhoria continua

Tal como refere Peretti (2007) antes de definir um programa de ação torna-se necessário fazer um diagnóstico prévio da situação. Como tal, identifiquei como problemática as frequentes interrupções no trabalho de enfermagem, por parte da equipa multidisciplinar, na Equipa de Tratamento de Caldas de Rainha. Esta problemática é sentida por toda a equipa de enfermagem, na medida em que diariamente surgem interrupções que levam à quebra efetiva do trabalho que estava a ser executado no momento, e em alguns casos levam à perda total do trabalho, como acontece diversas vezes na preparação de doses domiciliárias de Metadona. Outras situações vivenciadas são as interrupções na execução dos registos de enfermagem, nas chamadas telefónicas, na articulação com outras instituições e noutras atividades de trabalho assistencial. É sentido por todas as enfermeiras do serviço que as situações que geram mais transtorno são as interrupções às discussões dos casos clínicos e à prestação de cuidados no período do programa farmacológico com Metadona. É neste último caso que são sentidas mais repercussões negativas para o bom desempenho profissional de enfermagem, na medida em que muito frequentemente são interrompidas e perdidas as intervenções realizadas no momento, surgindo também a preocupação com o respeito pela individualidade e privacidade do utente.

Após a identificação da problemática/diagnóstico foi planeado um processo de melhoria contínua com base no ciclo de PDCA com o objetivo de reduzir as interrupções no trabalho de enfermagem, com vista a aumentar a eficácia e eficiência da prestação de cuidados de enfermagem. E tal como afirma Roldão *et al.*

(2007, p.271) “qualquer sistema de operações, (...) terá de dispor de recursos humanos, cujas características, organização e motivação são fundamentais para o sucesso da empresa”, existindo assim a necessidade de que cada trabalhador desenvolva o seu trabalho de forma a torná-lo eficaz, cómodo e motivador. Por outro lado, Pinto *et al.* (2010, p.15) referem que “o sucesso de qualquer organização depende diretamente da sua capacidade em mobilizar e organizar os meios e recursos necessários à realização de produtos e/ou serviços que satisfaçam as exigências, necessidades e expectativas (requisitos) dos seus clientes.”

Um sistema de gestão da qualidade, se for compreendido como benéfico por toda a organização pode trazer benefícios, tais como, a melhoria da relação com os clientes, o aumento da motivação dos colaboradores, melhoria do clima organizacional e da imagem da organização, simplificar circuitos e eliminar tarefas supérfluas e repetidas, diminuir o número de erros, entre outros (Pinto *et al.*, 2010).

Para alcançar o objetivo pretendido, foi necessário envolver toda a equipa multidisciplinar, de forma a melhorar a qualidade do desempenho global, tendo sido implementado o ciclo de PDCA com a meta de reduzir em, pelo menos, 25% as interrupções no trabalho de enfermagem.

1ª fase - P: Planear

Na primeira fase do ciclo de Deming as medidas de intervenção planeadas foram as seguintes:

- Mensurar o número de vezes/dia que o trabalho de enfermagem é interrompido e quais os tipos de intervenções interrompidas durante uma semana (2ª a 6ª feira) através do preenchimento de uma grelha, ao longo da implementação do projeto;
- Estabelecer horários para o trabalho de enfermagem e articulação multidisciplinar;
- Definir o circuito de chamadas telefónicas internas e externas à equipa;
- Discutir a proposta com todas as enfermeiras do serviço;
- Apresentação da proposta a todos os elementos da equipa multidisciplinar;
- Apresentar a proposta individualmente ou em grupo aos elementos da equipa multidisciplinar que não estiverem presentes na apresentação do projeto;
- Colocar um stop e os horários definidos na porta do gabinete de enfermagem;
- Apresentação dos resultados da intervenção após a implementação do projeto.

2ª fase - D: Executar

Antes da apresentação do projeto à equipa multidisciplinar, o mesmo foi apresentado a todos elementos da equipa de enfermagem, tendo havido um retorno positivo quanto às sugestões propostas. De seguida foi executado o processo conforme planeado.

Foi apresentado o projeto de melhoria da qualidade na Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha durante a reunião semanal da equipa, tendo sido pedido a cada elemento presente que de forma anónima escrevesse a sua opinião sobre o tema (por exemplo, se consideravam que as interrupções existiam ou não, sugestões de estratégias para as resolver ou minimizar...) e que colocassem o papel dobrado numa caixa fechada. Depois, foi questionada a equipa em que medida consideravam que as interrupções existiam. Após uma breve discussão sobre o tema foram apresentados os resultados da mensuração do número de interrupções por dia e por tipo de atividades. De uma forma geral, nas opiniões escritas todos consideraram pertinente o tema do trabalho, e durante a discussão do projeto relataram considerar que as interrupções aconteciam em menor número, comparativamente aos valores reais apresentados. Foi também apresentado a proposta do mapa de horários para o trabalho de enfermagem e articulação multidisciplinar e o circuito das chamadas telefónicas.

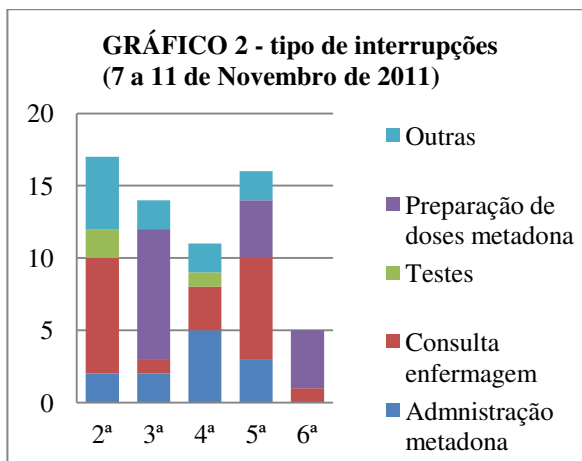
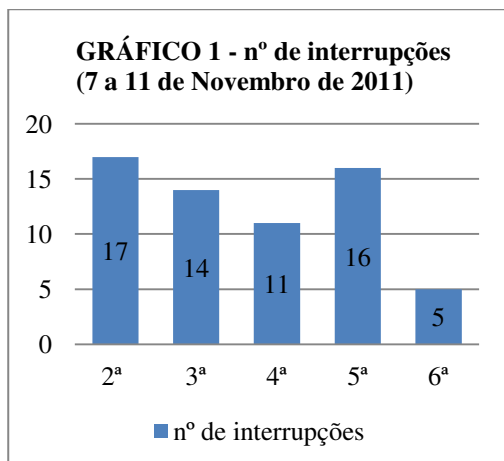
Na elaboração do mapa de horários, as cores e imagens foram escolhidas propositadamente com o intuito de facilmente ser identificado a informação transmitida, mesmo antes da leitura do conteúdo. As cores foram utilizadas à semelhança de um semáforo em que rapidamente identificamos se devemos avançar, abrandar ou parar. As imagens (pictogramas) foram escolhidas com o mesmo objetivo, dado os símbolos serem de leitura rápida e universal.

O circuito de chamadas telefónicas elaborado pretende transmitir a importância das administrativas triarem as chamadas urgentes (situações que terão que ser resolvidas no momento) e não urgentes de modo a que (sempre que possível) seja aguardado pelo momento mais oportuno para transmitir a informação à equipa de enfermagem.

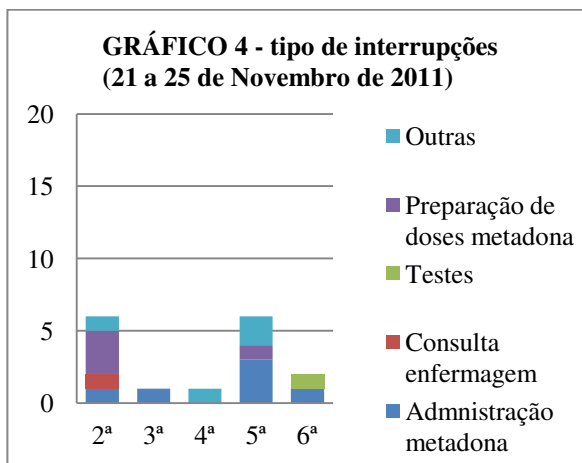
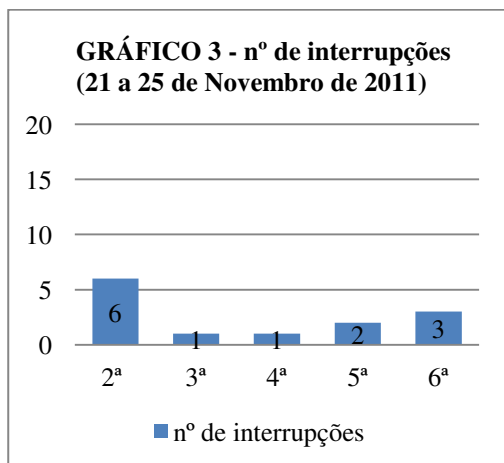
3ª fase - C: Verificar

Ao longo da implementação do projeto foi mensurado diariamente o número e tipo de interrupções no trabalho de enfermagem, por parte de todas as enfermeiras do serviço. Os resultados obtidos na semana de 7 a 11 de Novembro de 2011 (2ª semana de implementação do processo) foram considerados os valores de referências antes da implementação do projeto. Nessa semana ocorreram 63 interrupções no trabalho de

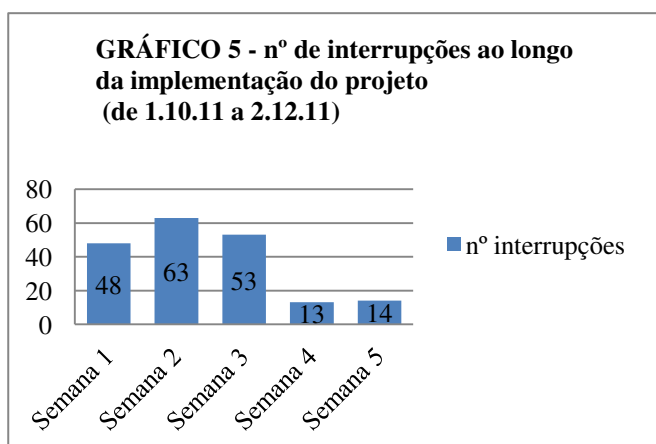
enfermagem e as atividades que foram predominantemente interrompidas foram as consultas de enfermagem e a preparação e administração de doses de Metadona, tal como indicam os gráficos 1 e 2.



Após a apresentação do processo de melhoria contínua à equipa multidisciplinar continuaram a ser mensuradas as interrupções e podemos verificar que nas semanas seguintes houve notórias melhorias (gráficos 3, 4 e 5), tendo as interrupções no trabalho da equipa de enfermagem reduzido drasticamente.



Será importante referir que na 1ª e 5ª semana houve um feriado, tendo sido considerados apenas quatro dias para mensuração das interrupções, motivo pelo a qual a 2ª e a 4ª semana foram consideradas as semanas de referência para a comparação dos dados.



4ª fase - A: Atuar

Considerando os resultados obtidos foram mantidas as medidas implementadas e foi dado reforço positivo à equipa sempre que se verificou o cumprimento das medidas estabelecidas. A equipa de enfermagem manteve-se alerta na monitorização contínua do planeado no sentido de perceber se o número de interrupções aumentava, mesmo sem o preenchimento da grelha de mensuração.

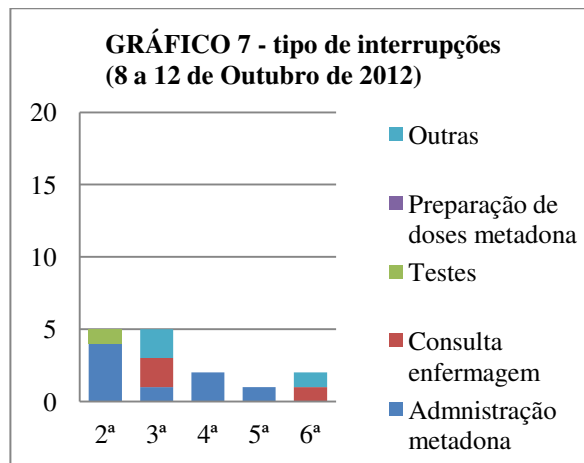
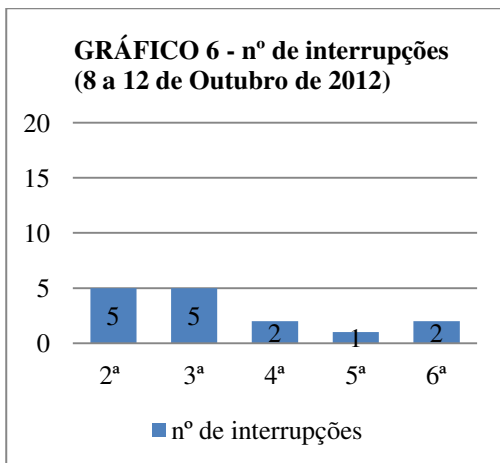
Em Janeiro de 2012 foram apresentados os resultados da implementação do projeto, à equipa multidisciplinar, com o objetivo de demonstrar a eficácia do processo de melhoria da qualidade e com o intuito de reforçar a manutenção do cumprimento das medidas implementadas.

A equipa de enfermagem esteve também alerta de modo a perceber se o plano estabelecido se mantinha atualizado e adequado conforme surgem mudanças na organização e dinâmica multidisciplinar, tendo posteriormente surgido necessidade de alterar o plano estabelecido inicialmente, nomeadamente o mapa de horários para o trabalho de enfermagem e articulação multidisciplinar.

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Após a verificação dos resultados obtidos pode-se comprovar a importância da implementação do ciclo de PDCA e dos sistemas de gestão da qualidade, visto que para a problemática identificada já tinham sido realizadas, pela equipa de enfermagem, diversas estratégias para a resolução do problema. No entanto, só após a implementação deste processo e do envolvimento global da equipa é que as intervenções surtiram efeito permanente, tendo sido alcançados os objetivos pretendidos e permitido a realização do trabalho de enfermagem de forma mais eficaz e eficiente, com maior grau de satisfação por parte de todas as enfermeiras da Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha. Após a aplicação do plano de melhoria da qualidade houve uma redução de cerca de 80% das interrupções no trabalho de enfermagem, tendo sido alcançada e superada a meta definida.

Passado aproximadamente um ano do projeto inicial, com o objetivo da medição de performance, foi novamente mensurado o número de interrupções ao longo de uma semana de trabalho, sendo os resultados apresentados nos gráficos número 6 e 7.



Durante a semana em que a reavaliação foi realizada ocorreram no total 15 interrupções ao trabalho de enfermagem, estando os resultados equiparados aos resultados obtidos anteriormente após a implementação do projeto de melhoria continua.

4 - CONCLUSÃO

Considero que os resultados alcançados se devem, por um lado, à sensibilização da equipa para a problemática referida e, por outro, às estratégias criadas para a resolver, sobretudo com a definição de horários para a articulação multidisciplinar. Neste momento, é sentido pela equipa de enfermagem uma maior organização na gestão dos seus tempos de trabalho e uma maior satisfação na prestação de cuidados devido ao respeito demonstrado pela privacidade e individualidade do utente, assim como pelo respeito do trabalho de enfermagem por parte de outros profissionais. Considero também que existem maiores possibilidades de alcançar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem motivadas pela melhoria da comunicação com os utentes, pela possibilidade de demonstrar disponibilidade e realizar escuta ativa e devido à possibilidade de dar continuidade às intervenções de enfermagem planeadas.

Tal como refere Pinto *et al.*, (2010, p.15) “o desenvolvimento de uma cultura baseada em princípios da qualidade e seus consequentes valores, abrirá caminho à eficácia e melhoria contínua dos métodos e processos.” Com a implementação do ciclo de PDCA podemos concluir que melhorou o desempenho global da equipa, podendo o desempenho (individual ou do grupo) ser entendido como “a forma como é feito e quando é feito o que é esperado ser feito” (Seixo, 2007, p.13).

E considerando a eficácia das estratégias estabelecidas através da superação dos resultados esperados, a equipa de enfermagem da Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha manteve o plano inicialmente estabelecido com o intuito de garantir a manutenção dos resultados obtidos.

Referências bibliográficas

Ceartil, M. (2010). *Gestão e desenvolvimento de competências* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Peretti, J. M. (2007). *Recursos Humanos* (3ª edição). Lisboa: Edições Silabo.

Pina e Cunha, M.; Rego, A.; Campos e Cunha, R.; Cardoso, C. C. (2007). *Manual de Comportamento organizacional e Gestão* (6ª edição). Lisboa: Editora RH.

Pinto, A.; Soares, I. (2010). *Sistemas de Gestão da Qualidade – guia para a sua implementação* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Roldão, V. S.; Ribeiro, J. S. (2007). *Gestão das operações – uma abordagem integrada*. Edições Monitor - Coleção manuais de gestão.

Seixo, J. M. (2007). *Gestão do Desempenho* (4ª edição). Lisboa: Lidel – edições técnicas.

Interrupções no trabalho de enfermagem - um processo de melhoria contínua

A Gestão da Qualidade surgiu a partir dos anos 70, integrando a garantia da qualidade e a preocupação com a contínua melhoria dos produtos. Atualmente o conceito de qualidade é visto como sendo da responsabilidade de todos numa organização e os princípios da melhoria contínua aplicam-se aos produtos, aos serviços e à organização (Roldão *et al.*, 2007). A pertinência dos processos de melhoria contínua justifica-se com o que defende Seixo, (2007, p.12) quando menciona que “a abordagem à gestão do desempenho e a sua implementação nas organizações é, (...) cada vez mais necessária como forma de melhorar a eficácia e eficiência (...)”

PROBLEMÁTICA

Problemática: Interrupções constantes no trabalho de enfermagem, por parte da equipa multidisciplinar, na Equipa de Tratamento de Caldas de Rainha.

OBJETIVO

Objetivo: Reduzir em, pelo menos, 25% as interrupções no trabalho de enfermagem, com vista a aumentar a eficácia e eficiência da prestação de cuidados de enfermagem.

IMPLEMENTAÇÃO DO CICLO DE PDCA

A: Atuar

- Manter o cumprimento dos horários e das medidas estabelecidas.
- Apresentação dos resultados da intervenção, em reunião de equipa, após a implementação do projeto.



C: Verificar

- Mensurar o número de vezes/dia que o trabalho de enfermagem é interrompido e quais os tipos de intervenções interrompidas durante cada semana, através do preenchimento de uma grelha de mensuração, ao longo da implementação do projeto.

P: Planear

- Delinear estratégias para diminuir as interrupções ao trabalho da equipa de enfermagem.
- Estabelecer horários fixos para o trabalho de enfermagem e de articulação multidisciplinar.
- Definir o circuito de chamadas telefónicas.

D: Executar

- Apresentação da proposta a todos os elementos da equipa multidisciplinar em reunião de equipa.
- Utilização de pictogramas colocando um stop e os horários de trabalho na porta do gabinete de enfermagem.

Tabela 1. Processo - Chave

O quê?	Implementação de estratégias que minimizem as interrupções no trabalho de enfermagem na Equipa de Tratamento de Caldas de Rainha.
Porquê?	Para permitir uma melhor gestão do tempo resultando num desempenho profissional de enfermagem mais eficaz e eficiente e consequentemente adquirir maior número de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.
Quem?	À equipa multidisciplinar da Equipa de Tratamento de Caldas de Rainha - 15 elementos (4 enfermeiras, 3 psicólogos, 2 médicos, 3 administrativas, 1 Técnica Psicossocial, 1 assistente social, 1 assistente operacional).
Quando?	Durante a implementação do processo de PDCA (31 de Outubro a 2 de Dezembro de 2011).
Quanto?	2 reuniões multidisciplinares para apresentação do projecto e dos resultados. 1 impressão dos gráficos, 1 impressão dos horários, 1 impressão do circuito de chamadas e 1 imagem de um "STOP."
Como?	Reunião multidisciplinar para apresentação do projecto dia 18 de Novembro de 2011. Reunir individualmente ou em grupo com os elementos da equipa que não estiveram presentes na reunião de dia 18. Reunião para apresentação dos resultados em data a definir. Mensurar ao longo da implementação do projecto o número de interrupções/dia e os tipos de intervenções interrompidas através do preenchimento de uma grelha de mensuração. Colocar os horários e um "STOP" na porta do gabinete de enfermagem, de forma permanente.
Medição de performance	Será mensurado, trimestralmente, o número de interrupções diárias ao longo de uma semana.

Gráfico 1. Antes da Intervenção

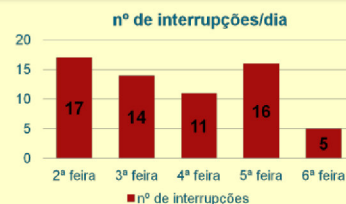
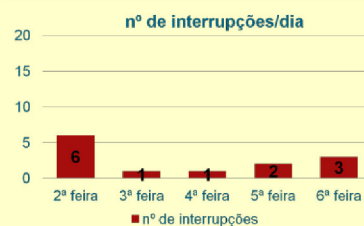


Gráfico 2. Após intervenção



CONCLUSÕES

Verificando os resultados obtidos pode-se demonstrar a importância da implementação do ciclo de PDCA e dos sistemas de gestão da qualidade nas organizações, visto que através do projeto implementado houve uma redução de cerca de 80% das interrupções no trabalho de enfermagem, tendo sido alcançada e superada a meta definida, o que se traduziu numa prestação de cuidados de enfermagem mais eficaz e eficiente. Considera-se que os resultados alcançados se devem, por um lado, à sensibilização da equipa para a problemática referida e, por outro, às estratégias criadas para a resolver, sobretudo com a definição de horários para a articulação multidisciplinar. Neste momento, é sentido pela equipa de enfermagem uma maior organização na gestão dos seus tempos de trabalho e uma maior satisfação na prestação de cuidados devido ao respeito demonstrado pela privacidade e individualidade dos utentes, assim como pelo respeito do trabalho de enfermagem por parte de outros profissionais. Considera-se também que existem maiores possibilidades de alcançar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem motivadas pela melhoria da comunicação com os utentes, pela possibilidade de demonstrar disponibilidade e realizar escuta ativa e devido à possibilidade de dar continuidade às intervenções de enfermagem planeadas.

Referências Bibliográficas: Ceiti, M. (2010). Gestão e desenvolvimento de competências (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo / Peretti, J. M. (2007). Recursos Humanos (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo / Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cardoso, C. C. (2007). Manual de Comportamento organizacional e Gestão (6ª edição). Lisboa: Editora RH / Pinto, A., Soares, I. (2010). Sistemas de Gestão da Qualidade – guia para a sua implementação (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo. / Roldão, V. S., Ribeiro, J. S. (2007). Gestão das operações – uma abordagem integrada. Edições Monitor - Coleção manuais de gestão / Seixo, J. M. (2007). Gestão do Desempenho (4ª edição). Lisboa: Lidel – edições técnicas.

Autora: Carla Alexandra Calisto Matias, Enfermeira da Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. [carla.ac.matias@hotmail.com] [Trabalho realizado em Dezembro de 2011, no âmbito do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Leiria, sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques.]