



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Relatório de Estágio

Relatório da Prática Especializada em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria

Vera Lúcia Carvalho Leal

Unidade Curricular: Relatório de estágio

Professor Orientador: Professor Doutor José Carlos Gomes

Professora Coorientadora: Professora Doutora Carolina Henriques

Leiria, maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

*Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, mas não vai só...
Levam um pouco de nós mesmos e deixam um pouco de si mesmos.
Há os que levam muito, mas não há os que não levam nada.
Há os que deixam muito, mas não há os que não deixam nada.
Esta é a mais bela realidade da vida... A prova tremenda de que cada um é importante
e que ninguém se aproxima do outro por acaso!*

Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

À Professora Doutora Carolina Henriques pela sua orientação neste relatório e pelo sentido pedagógico.

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes pela forte motivação em relação aos seus alunos, face ao percurso e futuro do papel do enfermeiro na saúde mental.

À minha mãe que sempre mostrou a máxima disponibilidade para me apoiar em todos os meus sonhos e projetos, sendo este mais um no qual sempre acreditou que seria bem-sucedida.

À minha irmã por sempre acreditar nas minhas capacidades e ser uma fonte de energia e otimismo.

Ao meu sobrinho Rodrigo por ser a pessoa que me consegue fazer sorrir nos bons e nos maus momentos e que me ajuda a espairecer nos momentos em que estou mais cansada.

À Ana Margarida Santo por me ter apoiado na realização do relatório, pela leitura e sugestões dadas em relação ao mesmo, bem como pela sua amizade.

À Ana Rijo pelo apoio na revisão e tradução do resumo e pela motivação constante para levar este projeto até ao fim.

A todos os meus amigos que me acompanham no meu dia-a-dia e que contribuem para a minha energia positiva e felicidade e que me ajudam a acreditar que sou capaz de desenvolver todos os projetos a que me proponho.

Aos participantes do estudo que me permitiram a realização do mesmo e contribuíram para construir o meu percurso na saúde mental.

Aos enfermeiros orientadores dos ensinamentos clínicos, bem como a todos os elementos das equipas multidisciplinares, que me ajudaram na reflexão acerca das intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental.

Resumo

O presente relatório contempla uma reflexão crítica referente aos Ensinos Clínicos I, II e III realizados no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Leiria, bem como à minha atividade profissional atual.

Os objetivos consistem em refletir acerca das intervenções realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos, tendo por base uma prática de enfermagem especializada, bem como contribuir para o desenvolvimento e inovação em Enfermagem, através da realização de um estudo de investigação intitulado: "O impacto da psicoterapia na diminuição da ansiedade em doentes deprimidos".

A depressão é considerada pelo Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública, em que uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, irá sofrer ou sofreu de depressão, assim como um em cada cinco dos utentes dos cuidados de saúde primários portugueses se encontra deprimido aquando da primeira consulta. O estudo realizado é quantitativo do tipo longitudinal, quase experimental antes e depois, sem grupo de controlo. Caracteriza-se pela aplicação de um questionário de avaliação de dados sociodemográficos e clínicos de cada utente, bem como da escala HDA, seguindo-se a aplicação de 8 sessões de psicoterapêuticas individual e, por fim, aplicação final da escala HDA para avaliação da depressão e ansiedade. A amostra consistiu numa amostra não probabilística constituída por doentes com diagnóstico de depressão que se encontravam internados no serviço de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém. No tratamento de dados foi utilizado um estudo quase experimental tipo pré-teste, pós-teste, sem grupo de controlo, com recurso a uma metodologia de estudo de caso múltiplo, contemplando uma investigação aprofundada de cada indivíduo, num total de 4 casos. Concluiu-se que nos casos apresentados, uma abordagem cognitivo-comportamental apresentou um impacto positivo na redução da ansiedade, bem como na depressão, nos doentes com diagnóstico de depressão.

Palavras-chave: Depressão, ansiedade, terapia cognitivo-comportamental.

Abstract

This report includes a critical reflection regarding the Clinical Teachings I, II and III, performed under the Post-Graduation in Psychiatric and Mental Health Nursing at the Leiria School of Nursing, as well as my current job.

The objectives are to reflect on the interventions conducted throughout the clinical teachings, based on a specialized nursing practice, and to contribute to nursing development and innovation, by conducting a research study entitled: "The impact of psychotherapy in the reduction of anxiety in depressed patients".

Depression is considered by the National Health Plan of 2000-2010 as a major public health problem, given that one in four people around the world suffers, will suffer or suffered from depression, and one in five of the Portuguese primary health care patients is depressed at the first consultation. The conducted quantitative study is quantitative and longitudinal, almost experimental before and after, no control group. It is characterized by the application of a questionnaire assessing sociodemographic and clinical data of each patient, as well as the HDA scale, followed by the application of 8 sessions of individual psychotherapy, and at last the final application of the HDA scale to assess depression and anxiety. The sample consisted of a non-probabilistic sample of patients diagnosed with depression, who were hospitalized in the psychiatric ward of the District Hospital of Santarém. In the data treatment a quasi-experimental study of the pre-test/post-test type was used, with no control group, using a methodology of multiple case study and comprising a detailed investigation of each individual of a total of 4 cases.. It was concluded that in the cases presented a cognitive-behavioral approach had a positive impact in reducing anxiety as well as depression in patients diagnosed with depression.

Passwords: Depression, anxiety, cognitive-behavioral therapy.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14

1. BREVE CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM 17

1.1 SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTAREM 18

1.2 SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE 21

1.3 PROGRAMA EXTRACARE – PROGRAMA DE APOIO DOMICILIARIO A DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA 24

2. ANÁLISE CRITICA DE ATIVIDADES 27

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 27

2.1.1 Domínio A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal 28

2.1.2 Domínio B - Domínio da Melhoria da Qualidade 29

2.1.3 Domínio C - Domínio da gestão dos cuidados 34

2.1.4 Domínio D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 39

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL 39

2.2.1 Competência F1: Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa, enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional 39

2.2.2 Competência F2: Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	41
2.2.3 Competência F3: Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto	45
2.2.4 Competência F4: presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde	57
3. A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	78
3.1 FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO	79
3.1.1 A depressão e a ansiedade	80
3.1.2 Formas de tratamento	82
3.2 ASPETOS METODOLÓGICOS	85
3.2.1 Hipóteses	87
3.2.2 População e amostra	88
3.2.3 Instrumentos	88
3.2.4 Procedimentos formais e éticos	89
3.2.5 Tratamento dos dados	90
3.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	90
3.3.1 Caso 01	90
3.3.2 Caso 02	96

3.3.3 Caso 03	<i>101</i>
3.3.4 Caso 04	<i>105</i>
3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	<i>109</i>
3.5 CONCLUSÕES DO ESTUDO	<i>112</i>
4. CONCLUSÃO	<i>115</i>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<i>119</i>
ANEXOS	<i>125</i>
ANEXO I – Contrato terapêutico	<i>126</i>
ANEXO II – Formação em serviço HDS	<i>127</i>
ANEXO III - Escala HAD	<i>128</i>
ANEXO IV – Formação em serviço CHON	<i>129</i>
ANEXO V – Sessão psicossocial: intervindo na família	<i>130</i>
ANEXO VI – Sessão psicossocial: Projeto de vida	<i>131</i>
ANEXO VII – Sessão de socioterapia: reunião comunitária no serviço	<i>132</i>
ANEXO VIII – Sessão de socioterapia: A alta	<i>133</i>
ANEXO IX – Sessão de psicoeducação: Adesão ao regime terapêutico	<i>134</i>
ANEXO X – Sessão de psicoeducação: O stress	<i>135</i>
ANEXO XI – Sessão de psicoterapia: o que sabe acerca da sua doença	<i>136</i>
ANEXO XII – Sessão de psicoterapia: Um momento para se expressar...	<i>137</i>
ANEXO XIII – Sessão de psicoterapia: Como sou eu?	<i>138</i>

ANEXO XIV – Sessão de psicoterapia: Pensamento positivo	139
ANEXO XV – Sessão de psicoterapia: Vamos resolver os nossos problemas	140
ANEXO XVI – Sessão de psicoterapia: Eu consigo gerir a minha ansiedade	141
ANEXO XVII – Vamos relaxar	142
ANEXO XVIII – Autorização do HDS	143

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Estudo de caso I – diagnósticos de enfermagem	46
TABELA 2 - Estudo de caso II – diagnósticos de enfermagem	47
TABELA 3 – Intervenções terapêuticas	57
TABELA 4 – A evolução segundo a escala do caso 1	95
TABELA 5 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem do caso 1	95
TABELA 6 – A evolução segundo a escala do caso 2	101
TABELA 7 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem do caso 2	101
TABELA 8 – A evolução segundo a escala do caso 3	105
TABELA 9 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem do caso 3	105
TABELA 10 – A evolução segundo a escala do caso 4	109
TABELA 11 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem do caso 4	109

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Hospital Distrital de Santarém	<i>20</i>
FIGURA 2 – Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Centro Hospitalar Oeste Norte	<i>22</i>
FIGURA 3 - Ciclo de Gibbs	<i>37</i>
FIGURA 4 – Janela de Johari	<i>41</i>
FIGURA 5 - Modelo concetual de Enfermagem de Família	<i>49</i>

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CHON – Centro Hospitalar Oeste Norte

DGS – Direção Geral de Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ERASMO - Equipa de Rede Alargada de Saúde Mental do Oeste

E.M. – Esclerose Múltipla

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HDS – Hospital Distrital de Santarém

IPSS – Instituições Particulares de Segurança Social

ICN - International Council of Nurses

NIASM – Núcleo de Intervenção na área da Saúde Mental

NICE – National Institute for Clinical Excellence

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNC – Sistema Nervoso Central

TC – Terapia comportamental

TCC – Terapia cognitivo-comportamental

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Leiria, foi proposta a realização de um relatório que tem como principal objetivo a análise crítica das atividades desenvolvidas no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura, durante os Ensinos Clínicos I (Enfermagem de Saúde Mental), II (Enfermagem Psiquiátrica) e III (opcional), bem como no decurso da vida profissional.

Desta forma, ao longo do trabalho, será apresentada uma reflexão acerca das competências do enfermeiro especialista (comuns e específicas) em saúde mental e psiquiátrica, assim como da participação na investigação e inovação em enfermagem, contribuindo para uma prática baseada na evidência, através da apresentação de um estudo de investigação.

Segundo Sá-Chaves (1994), citado por Sá e Paixão (2013), competência consiste num comportamento específico que pode ser observado e avaliado, associado a um domínio de conhecimentos e de capacidades, pressupondo uma intencionalidade prévia ao comportamento e desempenho.

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2011, p.2):

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do

aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.”

O presente relatório visa analisar o desenvolvimento de competências nos ensinamentos clínicos realizados no âmbito da formação de pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, bem como o seu aperfeiçoamento na prática clínica, após o *terminus* da formação referida.

A teórica de enfermagem que esteve na base da conceptualização deste trabalho consistiu na Hildegard Peplau que foi considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica.

A teoria de Peplau assenta numa conceção de enfermagem psicodinâmica, segundo a qual se perspetiva compreender o comportamento de uns para ajudar a ultrapassar os problemas que surgem em outros níveis de experiência (Tommeey, 2004).

A teórica descreve quatro fases da relação enfermeira/doente (Tommeey, 2004):

- Orientação: o indivíduo tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional. A enfermeira ajuda-o a reconhecer e compreender o problema.
- Identificação: o doente identifica-se com quem o pode ajudar. A enfermeira permite a exploração de sentimentos, reorientando-os e fortalecendo as forças positivas.
- Exploração: o doente retira uma mais-valia da relação. Projeção de novos objetivos, á medida que o doente retarda a gratificação para atingir os objetivos propostos.
- Resolução: o doente adapta novos objetivos. Há uma maior libertação da identificação com a enfermeira.

Peplau descreve ainda seis papéis da enfermeira, que surgem das diferentes fases da relação (Tommeey, 2004):

- Papel de estranha: enfermeira não deve pré-julgar o doente, mas aceitá-lo como pessoa. Deve tratar o doente como emocionalmente capaz.
- Papel de pessoa de recurso: analítica - enfermeira fornece informação da literatura educativa; empírica – usa a experiência como base para produzir a aprendizagem. A enfermeira transporta o conceito de aprendizagem através de técnicas psicoterapêuticas.
- Papel de líder: ajuda o doente a cumprir tarefas numa relação de cooperação e participação ativa.
- Papel de substituta: os comportamentos da enfermeira criam modelações de sentimentos no doente que reativa sentimentos de uma relação anterior.
- Papel de conselheira: o propósito das técnicas interpessoais é ajudar o doente a lembrar/compreender a situação atual, de modo que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida.
- Papel de professora: educativa – fornece informação acerca da saúde, explica ao doente o tratamento e plano de cuidados.

O relatório encontra-se organizado em três partes distintas. Numa primeira parte será realizada a caracterização dos locais em que foram desenvolvidas as intervenções especializadas. Numa segunda parte, será feita a análise crítica das atividades desenvolvidas, tendo por base os domínios das competências comuns e das competências específicas do enfermeiro especialista. Por fim, na terceira parte será apresentada a prática baseada na evidência, onde será apresentado e analisado o estudo de investigação que foi desenvolvido no âmbito dos ensinos clínicos I e III que decorreram no serviço de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (HDS).

1. BREVE CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

De forma a contextualizar as intervenções que foram desenvolvidas como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, serão descritos os diferentes locais em que estas decorreram. As competências a serem analisadas foram desenvolvidas em três instituições distintas, nomeadamente as instituições/serviços em que decorreram os ensinamentos clínicos I (Enfermagem de Saúde Mental), II (Enfermagem Psiquiátrica) e III (opcional) e o local onde desempenho funções desde o término do curso de pós-licenciatura. Desta forma, será feita a contextualização de acordo com as características do serviço no período em que foram desenvolvidas as competências.

O Ensino Clínico I decorreu em contexto hospitalar, no serviço de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, onde decorreu também o Ensino Clínico III (opcional). A opção de realizar estes dois ensinamentos clínicos neste local, passou pela facilidade em implementar o estudo de investigação, bem como pela proximidade da minha área de trabalho, o que me permitia uma maior facilidade para poder realizar o ensino clínico.

O Ensino Clínico II decorreu na comunidade, no serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar Oeste Norte. A escolha deste local de ensino clínico relacionou-se com a proximidade da minha área de residência e pela experiência desta equipa nas

intervenções com grupos terapêuticos, dado ser uma das áreas em que ambicionava desenvolver competências.

Após o término do Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, continuaram a ser desenvolvidas intervenções especializadas na minha prática clínica, nomeadamente no programa de enfermagem de apoio domiciliário a doentes com esclerose múltipla.

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTAREM

O departamento de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (HDS) teve início em 1992, sendo constituído pelos seguintes serviços: internamento, consultas externas, urgências psiquiátricas, pedopsiquiatria e hospital de dia. Os concelhos a que o departamento dá resposta consistem em Rio Maior, Cartaxo, Coruche, Salvaterra de Magos, Almeirim, Alpiarça, Chamusca e Santarém.

No que se refere à unidade de internamento, esta encontra-se situada no primeiro piso do HDS, verificando-se que no corredor que lhe dá acesso se situam os seguintes gabinetes: gabinete da enfermeira chefe, gabinete do diretor de departamento e o da secretária de unidade.

O serviço de internamento tem um acesso de segurança, sendo que a abertura da porta de entrada era realizada inicialmente por um código de acesso e, posteriormente, dada a falibilidade deste procedimento, por acesso digital, permitindo apenas o acesso aos funcionários do serviço. Desta forma, as restantes pessoas, como outros funcionários do hospital, visitas dos utentes, estudantes, entre outros, têm de tocar à campainha que se encontra junto da porta de entrada, sempre que necessitem de recorrer a este (HDS, 2010).

Os doentes a serem admitidos no serviço de internamento de psiquiatria advêm das consultas externas ou do serviço de urgência psiquiátrica, ocorrendo o seu internamento por vontade do próprio, da família com o seu consentimento, dos agentes de autoridade ou dos delegados de saúde pública.

No que se refere à constituição da equipa multidisciplinar, esta é formada por 16 enfermeiros (nove são especialistas em saúde mental), 4 médicos, 2 assistente sociais, 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional e 6 assistentes operacionais.

Quanto à caracterização do espaço físico do serviço, este é constituído por 7 enfermarias (quartos dos utentes), que na sua saída apresentam casas de banho e duches que podem ser utilizados pelos utentes entre as 8h e 9h30, sendo depois desse horário trancadas para segurança dos mesmos. No total, o serviço tem capacidade para 20 doentes.

Na entrada do serviço existe uma sala de refeições, que tem também a função de sala para receção das visitas e de atividades que são desenvolvidas pela terapeuta ocupacional/enfermeiros. Junto desta sala existe ainda uma copa, onde os profissionais podem realizar as suas refeições, bem como uma sala de convívio, onde os utentes têm disponíveis os seguintes recursos: mesa de matraquilhos, computador e televisão, bem como uma mesa onde realizam alguns jogos e outras atividades, e dois sofás destinados aos utentes.

No espaço situado entre copa e a sala de convívio existe ainda uma sala de cabeleireiro, onde os utentes podem ir após o duche para arranjar o cabelo e a barba, com a devida supervisão de um técnico do serviço, para assegurar as medidas de segurança.

A sala de terapêutica só está aberta quando está presente um elemento da equipa, sendo destinada à preparação da terapêutica, à avaliação de sinais vitais, colheitas de sangue, avaliação da glicemia capilar, avaliação do peso dos utentes e à realização de algumas entrevistas e sessões individuais com os utentes. Nesta sala, é guardado o dinheiro dos utentes, no espólio, sendo distribuído de acordo com a gestão do doente e com a supervisão do enfermeiro, aquando da ida ao ginásio, após o pequeno-almoço. Existe ainda, um vestiário para os enfermeiros localizado junto à sala da terapêutica.

Na sala de trabalho são realizadas as passagens de turno, os registos de enfermagem no SAPE, tendo disponíveis dois computadores para esse efeito. Uma vez por semana são realizadas reuniões de equipa para discussão de casos de utentes internados no serviço.

O serviço dispõe ainda de uma sala de reuniões (onde são realizadas reuniões de serviço e entrevistas médicas), bem como de uma casa de banho para os profissionais de saúde, uma sala para os sujeitos, uma arrecadação e uma sala onde os utentes guardam a roupa e outros pertences que são permitidos pelo serviço.

No fundo do corredor, existe uma porta com acesso para o terraço, que é utilizado como um espaço para realização de algumas atividades e/ou para os utentes poderem fumar, sempre sob a supervisão de um profissional de saúde.

Para além do serviço de internamento, no piso 0, existem ainda outras estruturas que os utentes do serviço podem utilizar, tal como o ginásio onde os doentes se podem deslocar e realizar atividades programadas, tanto com a terapeuta como com os enfermeiros do serviço.

Neste serviço existem regras e horários a serem cumpridos pelos doentes, como o horário das refeições que consiste no seguinte: pequeno-almoço às 9h, almoço à 13h, lanche às 16h, jantar às 19h e a ceia às 22h, sendo que é permitido o doente fumar em alguns horários e só a seguir às refeições sob supervisão, não sendo permitido comer nos quartos (expeto se o utente não estiver em condições clínicas para o fazer na zona de refeições).

No que concerne aos horários de sono e repouso, o estipulado é que a hora de levantar é das 8h às 8h30, a hora de deitar é às 22h30 e a partir das 23h não se pode fazer barulho (este horário é flexível consoante a avaliação efetuada pelo enfermeiro). O horário das visitas é efetuado das 17h até às 18h30, podendo o doente receber apenas duas pessoas de cada vez, se a situação do utente o permitir. As crianças com menos de 12 anos podem visitá-lo das 19h até às 19h30, num local separado dos outros utentes. Os utentes podem solicitar uma chamada telefónica para a família, caso não tenha recebido nenhuma visita das 17h até as 18h30.

Os familiares podem trazer dinheiro aos doentes, sendo a quantia permitida até ao máximo de 5 €, que será guardado em local próprio e gerido pelos enfermeiros ou pela terapeuta ocupacional, bem como tabaco que é guardado, entregue e utilizado na presença de um técnico de saúde.

Todas as regras e normas do funcionamento do serviço são dadas a conhecer ao utente/familiares aquando da admissão do utente no serviço, através da entrega e explicação do folheto “Contrato terapêutico” (Anexo I).

Figura 1 – Hospital Distrital de Santarém



Fonte: Adaptado de HDS (2010)

De acordo com os dados de 2010, o serviço de internamento de Psiquiatria do HDS apresentava uma média de 487 internamentos, dos quais 88 foram situações de reinternamentos. A duração média de internamento foi de 11,6 dia, sendo que o máximo foi de 79 dias. Tendo em conta o género, 61% (298) dos internamentos foram do sexo feminino e 39% (189) do sexo masculino (HDS, 2010).

No que se refere á média de idades dos utentes internados foi de 47 anos. Do total de doentes internados, 112 compreendiam-se na faixa etária entre 41 e 50 anos e 20 utentes compreendiam-se entre os 31 e os 40 anos. A faixa etária com menor número de utentes foi acima dos 70 anos (HDS, 2010).

Os diagnósticos dos utentes internados foram variados, sendo que a prevalência foi 28% com diagnóstico de perturbação bipolar, 20% com depressão major e 18% com esquizofrenia.

1.2. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE

A equipa de Psiquiatria e Saúde Mental desenvolve a sua atividade desde Janeiro de 2009, no espaço físico da Enfermaria de S. Francisco, no piso 2 do Edifício Central do Hospital Termal. O espaço físico do serviço é constituído por: 3 gabinetes; 1 sala de reuniões/ biblioteca; 1 sala de atividades; 1 sala de espera; 1 gabinete das técnicas administrativas; 1 mini-copa; 1 WC para os profissionais; e 1 WC para os utentes (CHON, 2011).

Para além das instalações no CHON a equipa também presta cuidados de saúde nas:

- Unidades de saúde funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte (ACES ON);
- Consultas Externas das Unidades de Peniche e de Alcobaça do CHON.

No que se refere à equipa multidisciplinar, a equipa é constituída por 3 enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria; 2 médicos psiquiatras (1 tempo parcial); 5 psicólogas; 1 psicomotricista (voluntariado) e 2 administrativas (CHON, 2011).

As atividades desenvolvidas no âmbito do serviço, de forma a dar resposta às necessidades dos utentes, consistem nas seguintes: consulta de psiquiatria; consulta de terapia familiar e intervenções familiares; consulta de enfermagem de saúde mental; consultas de psicologia; consultas de grupo; atividades desenvolvidas pelas equipas de saúde mental comunitária (atividades clínicas em parceria com os cuidados de saúde primários e trabalho em rede com as diversas estruturas da comunidade) e consultas nos serviços de internamento do CHON (CHON, 2011).

De forma a melhorar o trabalho desenvolvido pela equipa e promover a continuidade dos cuidados são realizadas algumas reuniões, nomeadamente:

- Reunião de equipa (todas as segundas feiras no período da manhã);
- Reunião de supervisão de casos clínicos (quintas-feiras, no período da manhã);

- Reunião de NIASM - Núcleo de Intervenção na área da Saúde Mental (primeira quinta-feira de cada mês);
- Reuniões ERASMO - Equipa de Rede Alargada de Saúde Mental do Oeste.

Figura 2 – Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Centro Hospitalar Oeste Norte



As reuniões de NIASM consistem em reuniões multiprofissionais, onde são discutidos projetos terapêuticos para múltiplos casos clínicos trazidos pelos próprios intervenientes na reunião e por intervenientes comunitários, nomeadamente professores e diretores de turma de escolas dos concelhos de abrangência do CHON, entre outros (CHON, 2011).

As reuniões de ERASMO contam com a presença de profissionais de saúde da área da Saúde mental dos concelhos de Caldas da Rainha, Peniche e Óbidos, nomeadamente enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, sociólogos, médicos e terapeutas familiares. Nesta reunião também são discutidos casos clínicos de forma a otimizar a resposta terapêutica proporcionada ao indivíduo alvo de cuidados e a ajudar os diferentes profissionais na gestão de cada situação clínica (CHON, 2011).

Em 2010, a equipa de psiquiatria e saúde mental realizou um total de 5151 consultas individuais, das quais 812 foram primeiras consultas e 4339 foram consultas de seguimento, sendo 15,8% a taxa de primeiras consultas.

No que se refere às consultas individuais foram consultados 1934 utentes. Quanto às consultas em grupo realizaram-se um total de 350 consultas, das quais 31 foram primeiras consultas de grupo e 319 foram consultas de seguimento. No total foram realizadas 2721 consultas de psiquiatria, das quais 527 foram primeiras consultas e 2194 foram subsequentes. No que se refere às consultas de terapia familiar foram realizadas 1048 consultas, das quais 83 foram primeiras consultas. A consulta de enfermagem de saúde mental teve um total de 608 consultas, das quais 94 foram primeiras consultas. Foram acompanhadas 191 utentes nesta consulta. Foram ainda realizadas 424 consultas de Psicogeriatrics, das quais 77 foram primeiras consultas, tendo sido acompanhados nesta consulta 149 utentes. Para além destas intervenções é ainda de referenciar as equipas de cuidados comunitários e de intervenções junto das famílias (composta por três psicólogas).

De acordo com o relatório de atividades de 2010 (CHON, 2011), uma das formas de intervenção terapêutica privilegiada consistiu na intervenção em grupos, nomeadamente os seguintes:

- Grupo terapêutico para pais de jovens com doença mental grave, frequência mensal - 10 sessões;
- Grupo terapêutico para cuidadores informais, frequência mensal – 10 sessões;
- Grupo terapêutico para mulheres mastectomizadas – 8 sessões;
- 1º Grupo terapêutico para pessoas com depressão Crónica – 40 sessões;
- Grupo terapêutico para pessoas com fibromialgia
- 2º Grupo terapêutico para pessoas com depressão, frequência semanal – 22 sessões com uma média de 5 presenças por sessão;
- 1º Grupo terapêutico “*Este Stress que me Anima*”, frequência semanal – 5 sessões com uma média de 6 presenças por sessão.
- 1º e 2º Grupo terapêutico de relaxamento, frequência semanal, com total de 8 sessões cada.

Para finalizar, durante o ano de 2010, foram realizadas 12 consultas de NIASM e um total de 10 reuniões de ERASMO.

1.3. PROGRAMA EXTRACARE – PROGRAMA DE APOIO DOMICILIARIO A DOENTES COM ESCLEROSE MULTIPLA

O Programa Extracare consiste num serviço que presta cuidados de enfermagem a utentes com Esclerose Múltipla e suas famílias no âmbito domiciliário.

A Esclerose Múltipla (EM) consiste numa doença desmielinizante e autoimune do sistema nervoso central (SNC) que evolui de forma progressiva. As características patológicas consistem na desmielinização inflamatória (destruição da bainha de mielina que reveste os neurónios) e perda axonal. Os sinais e sintomas são diversos, envolvendo o quadro sensorial, motor, sistemas visuais e o tronco cerebral. Cada pessoa experiencia a doença de forma diferente da outra, dependendo de fatores como a severidade da doença e dos locais do SNC afetados pela desmielinização (NICE, 2003).

Os objetivos inerentes a este programa consistem em proporcionar/promover:

- Educação sobre a Esclerose Múltipla (EM), nomeadamente na gestão de sintomas;
- Educação e monitorização sobre a terapêutica;
- Adesão à terapêutica.
- Apoio emocional ao doente e família;

- Contribuir para uma melhoria da comunicação entre o doente e a equipa clínica através de um maior feedback.

O serviço é constituído por duas enfermeiras que prestam apoio telefónico e por cinco enfermeiras que prestam apoio domiciliário a nível nacional.

Desta forma, cada enfermeira tem alocada uma área geográfica, na qual faz a gestão dos utentes que nela residem. Após ser efetuada a referenciação de um utente, cabe á enfermeira da área geográfica correspondente, proceder ao agendamento da primeira visita. Nesta primeira visita é efetuada uma avaliação do contexto sociocultural do utente, bem como o seu enquadramento familiar, são avaliados os conhecimentos que a pessoa detém a nível da doença e da gestão da mesma, e é efetuado o ensino acerca do procedimento de autoadministração da medicação para a Esclerose Múltipla que lhe foi prescrita. Nas visitas subsequentes é feita a avaliação do processo de adaptação á doença, bem como a autonomia na gestão do seu regime terapêutico.

Em suma, a equipa de enfermagem assume as seguintes funções: avaliação; educação; promoção da segurança; reabilitação; advocacia; suporte emocional; gestão terapêutica e treino de competências; gestão de sintomas; educação nutricional; informação/encaminhamento para recursos da comunidade; apoio familiar (NICE, 2003).

Desta forma, a equipa de enfermagem visa atender às diferentes necessidades das pessoas com E.M ao longo do tempo, procurando:

- ▶ Responder de forma atempada e flexível às necessidades agudas e intermitentes das pessoas com E.M, especialmente nas fases iniciais;

- ▶ Identificar e reduzir o risco de complicações;

- ▶ Assegurar-se que a pessoa com E.M sabe quem deve contactar e como o fazer, perante um episódio de alteração da sua situação de doença;
- ▶ Discutir com a pessoa a necessidade de uma revisão periódica.
- ▶ Assegurar mecanismos que permitam uma comunicação eficaz entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar.
- ▶ Avaliar as necessidades de pessoas que tenham um comprometimento severo e estejam muito dependentes, devendo dar-se resposta adequada à satisfação dessas necessidades:
 - Apoio adicional em casa;
 - Cuidados no domicílio, temporariamente;
 - Cuidados num outro ambiente/instituição apropriados;
 - Mudança para uma casa residencial ou de enfermagem.

2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES

Ao longo deste capítulo irá ser realizada, de forma cronológica, uma análise crítica das atividades realizadas aos longos dos Ensinos Clínicos I, II e III realizados entre março a julho de 2012 no serviço de psiquiatria do HDS e no departamento de psiquiatria e saúde mental do CHON, e será finalizada com uma abordagem das atividades realizadas após o término do curso de pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A análise crítica das atividades será realizada tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental publicadas nos Regulamentos nº 122/2011 e 129/2011 de 18 de Fevereiro, respetivamente.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Tendo por base o regulamento nº122/2011 (p.3), as “*Competências comuns*” consistem nas:

“(…) competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”

De acordo com este mesmo documento, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns. Estas competências incluem a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, bem como a responsabilidade de desenvolver investigação que leve a uma melhoria nos cuidados de enfermagem.

2.1.1 - Domínio A - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o artigo 5º do regulamento nº122/2011 do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes: a) desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; b) promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

As práticas de enfermagem realizadas durante os ensinamentos clínicos, bem como no âmbito da minha prática profissional posterior, sempre foram desenvolvidas com base nos aspetos éticos e legais que regem o exercício da profissão do enfermeiro.

As intervenções tiveram subjacentes os pressupostos inerentes ao artigo 78º do código deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2009) que nos refere que, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. O estabelecimento da relação profissional assentou nos valores universais e nos princípios orientadores da profissão, nomeadamente: a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

É ainda de realçar que as intervenções se coadunaram com o artigo 79º que salienta que o enfermeiro deve proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de competência profissional.

No âmbito do ensino clínico I foi realizada uma formação em serviço cujo tema consistiu em “Aspetos legais, éticos e deontológicos relacionados com a privacidade e proteção da informação referente ao utente internado – Uma proposta de norma interna” (Anexo II). Este documento, ao expor argumentos de natureza jurídica e deontológica acerca do que é a privacidade dos utentes e dos requisitos que os serviços de saúde

devem ter em conta na salvaguarda destes dados, visou promover a reflexão de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados no serviço de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém e apresentar algumas propostas de melhoria das atuais práticas.

A manutenção da confidencialidade dos dados referentes à privacidade dos doentes e famílias que recorrem aos serviços de saúde é uma questão que, com a maior consciência que os indivíduos têm dos seus direitos, tem-se discutido com grande frequência.

Os dados colhidos junto da doente/família devem ser adequados, pertinentes e não excessivos relativamente às finalidades para que são recolhidos e posteriormente tratados; exatos e, se necessário, atualizados, devendo ser tomadas as medidas adequadas para assegurar que sejam apagados ou retificados os dados inexatos ou incompletos (Artigo 5, lei nº67/98 de 26 de Outubro).

A pessoa/família têm direito a aceder à sua informação clínica e os profissionais têm o dever de disponibilizar a informação pedida, tendo sempre em conta os direitos da pessoa internada e o dever de salvaguarda da privacidade do doente/família (Artigo 14º, lei nº67/98).

Segundo o artigo 84º do código deontológico dos enfermeiros (2009), estes profissionais têm o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

A informação pedida deve ser disponibilizada, tendo sempre em atenção que é dever dos enfermeiros “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.” (Código Deontológico dos enfermeiros, 2009, artigo 85º - Do Dever De Sigilo).

2.1.2 Domínio B – Domínio da Melhoria da Qualidade

Segundo o artigo 6º do regulamento nº122/2011, o enfermeiro especialista deve desenvolver um conjunto de intervenções que visem a melhoria da qualidade. De acordo com o artigo, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes: a) desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; c) cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem visam a melhoria dos cuidados de enfermagem a proporcionar aos cidadãos, bem como a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

A qualidade na saúde consiste em satisfazer, diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais. Tem por base a proatividade para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado, visa reunir integradamente a efetividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade (Ministério da Saúde, Sistema Português da Qualidade na Saúde, 1998).

De acordo com Pinto e Soares (2009), o sistema de gestão da qualidade é um processo dinâmico, em que o sujeito tem uma avaliação periódica, onde são analisados os objetivos propostos, o seu cumprimento e a eficácia das medidas corretivas implementadas.

Ao longo dos ensinamentos clínicos realizados procurei identificar as principais necessidades nos serviços, de forma a melhorar o seu padrão de cuidados. No ensino clínico I, tal como foi referido no ponto anterior, foi realizada uma formação em serviço acerca da temática “Aspectos legais, éticos e deontológicos relacionados com a privacidade e proteção da informação referente ao utente internado – Uma proposta de norma interna”. Esta formação teve por objetivo responder a uma necessidade do hospital de dar resposta a um dos critérios do processo de certificação de qualidade, dado que estes processos implicam que aspectos relacionados com a salvaguarda dos dados referentes à

privacidade do utente/família sejam tidos em conta na organização dos serviços de saúde.

Segundo a informação obtida na página oficial do HDS, em maio de 2010, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (D.P.S.M.) apresentou na edição n.º 32 da newsletter *HDSInForma* a sua história, a realidade, a Missão e Valores, tendo sido apresentado um conjunto de iniciativas a desenvolver no futuro, do qual se destaca o projeto de acreditação do departamento.

Desta forma, o modelo de acreditação de referência para Portugal é o da Direção-Geral da Saúde (DGS) que assenta em três pilares fundamentais: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão das competências. O modelo de acreditação português valoriza dimensões como a segurança do doente e dos profissionais, os direitos do cidadão, a formação contínua, a ética, a transparência, a informação aos doentes, a prestação de cuidados baseados na evidência científica, o acompanhamento e a melhoria contínua dos resultados da atividade do serviço, a qualidade percebida pelos utentes, entre outras dimensões (HDS, 2010).

Neste mesmo ensino clínico, colaborei com os profissionais de enfermagem que procederam a uma formação em serviço acerca da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), com vista a que fosse implementada no serviço de psiquiatria. Esta colaboração passou por transmitir toda a informação teórica de que dispunha acerca da escala, dado a estar a aplicar no serviço aos utentes que constituíam a minha amostra no trabalho de investigação.

A escala HADS (Anexo III) é da autoria de Zigmond e Snaith (1983) e foi construída com o propósito de aceder, de um modo simples e rápido, à presença ou ausência de níveis clinicamente significativos de ansiedade ou depressão. A HADS é uma escala de auto aplicação, constituída por 14 itens que permitem aceder simultaneamente a duas escalas distintas (ansiedade e depressão). Sendo a HADS uma escala simples e de fácil preenchimento, constitui uma importante ferramenta de trabalho do enfermeiro, que pode utilizá-la para identificar possíveis e prováveis casos ansiedade e/ou depressão em diferentes grupos de pessoas e em diferentes situações (Maruiti, 2008).

No ensino clínico II foram realizados alguns projetos visando a melhoria da qualidade, nomeadamente um vídeo para a sala de espera acerca do stress, dado ser um sintoma identificado num elevado número de utentes no serviço.

Segundo Cachapa (2007), o stress consiste num processo complexo através do qual um organismo responde aos acontecimentos que fazem parte do dia-a-dia suscetíveis de ameaçar, ou de pôr em causa o bem-estar desse organismo. Tais acontecimentos (estímulos) que geram stress nos indivíduos que os enfrentam denominam-se stressores e podem provocar reações como medo, ansiedade, zanga e hostilidade. A variedade de reações ao stressor dependerá não apenas das situações geradoras de stress, mas, também, do próprio indivíduo, com grandes variações: inter-individuais e intra-individuais.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2004, p.28):

“A má gestão do stress tem consequências directas e indirectas em diferentes patologias, encontrando-se associada a outros factores de risco como o consumo de tabaco e de álcool e aos hábitos alimentares e de actividade física. Não existem dados nacionais. Na UE estima-se que afecte um terço dos trabalhadores, estando associado a 50 a 60% de absentismo ao trabalho. Estima-se também que cerca de 16 a 22% das doenças cardiovasculares estejam relacionadas com o stress no trabalho. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 1998-19994, 7% dos homens e 18% das mulheres (15 anos ou mais) referiram ter tomado medicamentos para dormir, nas duas semanas anteriores à inquirição. Esta proporção aumenta de 14%, no grupo dos 45-54 anos de idade, para 28% no dos 85 anos ou mais. Relativamente à perturbação de stress pós-traumático (*PTSD*), segundo um estudo recentemente realizado, numa amostra representativa da população portuguesa com idade igual ou superior a 18 anos, havia uma taxa de prevalência de 7,9%, sendo a relacionada com situação de guerra de 0.8%.”

De acordo com os padrões de qualidade (2001), o enfermeiro deve procurar a excelência no exercício profissional, ajudando os utentes a alcançarem o máximo potencial de

saúde. Como tal, devem proceder á criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados.

No âmbito do ensino clínico II foi ainda construído um quadro para funcionar como um mural na sala de espera, onde os utentes/familiares poderiam expressar a sua opinião e dar as suas sugestões ao serviço e á equipa multidisciplinar. A elaboração de um mural na sala de espera do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON permitiu aos utentes expressarem novas ideias, os seus pensamentos e sentimentos; e ao serviço responder de forma ajustada às necessidades dos utentes e dar-lhes informação através da afixação da informação pertinente.

Este aspeto coaduna-se com o artigo 88º do código deontológico dos enfermeiros que nos refere que “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.5).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (2001), as intervenções de enfermagem devem visar o mais elevado nível de satisfação dos clientes, nomeadamente pelo estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados e pelo envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.

Foi ainda feita a melhoria de documentação e organização do dossier da medicação injetável. O dossier de registo da medicação intramuscular (IM) apresentava alguns problemas que foram sendo identificados pelos enfermeiros do serviço, nomeadamente: falta de organização da informação; documentos com registos duplicados; necessidade de reestruturação de documentos. Tendo por base os problemas identificados colaborei na organização do dossier, de forma a garantir uma melhor continuidade dos cuidados. Esta intervenção vai ao encontro do artigo 83º (direito ao cuidado): d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas (Código Deontológico, 2009). Segundo o padrão de qualidade dos cuidados

de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), o enfermeiro deve intervir na organização de cuidados de enfermagem, designadamente pela existência de um sistema de registos que incorpore as necessidades do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.

Em ambos os ensinamentos clínicos foram realizados folhetos informativos dirigidos aos utentes, promovendo o aumento da sua literacia, acerca de diversos temas: ansiedade e depressão; como gerir a minha ansiedade; respiração abdominal, entre outros. Este aspeto vai ao encontro do preconizado pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) que nos refere que o enfermeiro deve agir na promoção da saúde, pelo fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

Segundo Nutbeam (2009), citado por Loureiro (2012), a literacia é constituída por dois elementos: as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). A literacia baseada nas tarefas refere-se à capacidade do indivíduo realizar tarefas chave, como ler um texto básico ou escrever frases simples. Já a literacia, que se baseia em competências, centra-se no nível de conhecimento e aptidões que os indivíduos devem ter para realizar tais tarefas. Neste sentido, a OMS (1998) define que a literacia em saúde implica a obtenção de um nível de conhecimento, aptidões pessoais e confiança para agir na melhoria da saúde pessoal e da comunidade, pela mudança de estilos de vida pessoais e condições de vida. O mesmo autor considera que existem três níveis de literacia, que nos permitem perspetivá-la como uma forma de capacitação e empoderamento dos indivíduos:

- Literacia funcional/básica: competências para ler e escrever, permitindo um funcionamento nas atividades do dia-a-dia;
- Literacia interativa/comunicativa: aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as aptidões sociais, permitem participar nas atividades no dia-a-dia, extrair informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicá-la;

- Literacia crítica: competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as aptidões sociais, permitem analisar criticamente a informação e usá-la para atuar sobre os acontecimentos e situações da vida.

Assim, a literacia na saúde é crítica para a capacitação das populações, ao melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde e a sua capacidade para usar essa informação.

2.1.3 Domínio C – Domínio da gestão de cuidados

Segundo o artigo 7º do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes: a) gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; b) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Neste contexto, realizei várias atividades no decurso dos ensinamentos clínicos que respondem a esta competência, nomeadamente em ambos os ensinamentos clínicos participei de forma pró-ativa nas reuniões de equipa multidisciplinar que se realizavam semanalmente. Nestas reuniões procedia-se à discussão de estudos de caso e eram trocadas algumas sugestões e hipóteses de intervenção junto dos utentes acompanhados.

Para além destas reuniões, tive a oportunidade de participar no âmbito do Ensino Clínico II nas reuniões do Núcleo de Intervenção na Área de Saúde Mental (NIASM), onde estavam presentes profissionais do serviço de psiquiatria do CHON e outros profissionais de outras instituições comunitárias, tais como dos centros de saúde e IPSS.

De acordo com o artigo 91º do código deontológico dos enfermeiros (2009), o enfermeiro assume o dever de: b) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; c) integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Para além deste artigo, também o artigo 80º nos aponta para o facto de o enfermeiro dever estar atento às diferentes formas de resposta para as necessidades do indivíduo no âmbito da comunidade, salientando que o enfermeiro assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. Desta forma, a participação e compreensão dos objetivos inerentes às reuniões de NIASM e ERASMO coadunam-se com este aspeto, tendo em conta que, tal como referido anteriormente, estas reuniões têm por objetivo discutir projetos terapêuticos para casos clínicos trazidos pelos intervenientes comunitários presentes na reunião, de forma a otimizar a resposta terapêutica a cada pessoa e ajudar os diferentes profissionais na gestão das diferentes situações.

No meu local de trabalho atual, faço a gestão de forma autónoma do meu plano de trabalho, no qual organizo as visitas domiciliárias que realizo diariamente. Esta gestão é feita tendo por base as necessidades dos utentes que são identificadas, bem como a sua distribuição geográfica, visando uma rentabilização do trabalho, contenção dos gastos associados às deslocações, não colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados.

2.1.4 - Domínio D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio das aprendizagens profissionais, descritas no artigo 8º, são as seguintes: a) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Ao longo dos ensinamentos clínicos e das minhas intervenções como profissional, sempre procurei desenvolver os meus conhecimentos e refletir acerca das minhas intervenções, de forma a consolidar as aprendizagens e rever conceitos.

Segundo vários investigadores, a prática reflexiva permite o desenvolvimento de construção de saber, de desenvolvimento pessoal e social (Tavares, 1992; Vieira, 1993;

Soares, 1995; Simões & Simões, 1995; Hübner, 1999; Sá-Chaves, 2000; Alarcão, 2003, citado por Santos, 2009).

De acordo com Schön (1992), citado por Santos (2009), a prática reflexiva consiste num processo de transformar o pensamento da prática numa potencial situação de aprendizagem, verificando-se que a mesma pode ajudar a alterar e modificar essa mesma prática. O mesmo autor refere ainda que é um meio estruturado de identificar o conhecimento relevante na prática e apropriar-se do mesmo. Assim, o profissional que reflete cultiva e melhora a sua capacidade e conhecimentos está menos exposto à rotinização, rituais ou teorias estabelecidas.

Vieira (1993), citado por Santos (2009), reforça este pressuposto, referindo que a prática é geradora de teoria, sendo que o bom profissional é um ser reflexivo, dado que um sujeito eminentemente reflexivo deve possuir não só a capacidade de resolver problemas, mas também a capacidade de equacionar problemas no seu contexto de trabalho e de tomar decisões face a resoluções alternativas.

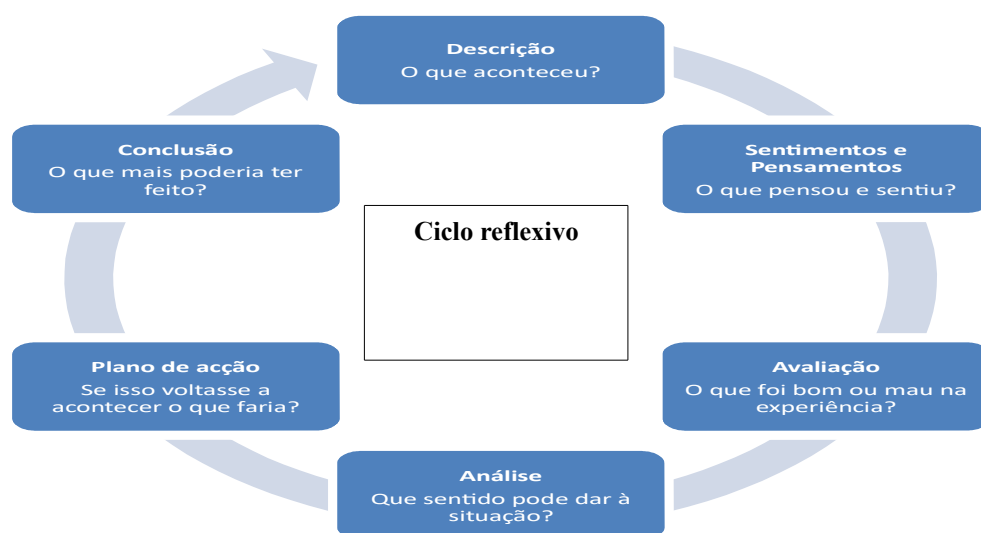
De acordo com Santos (2009, p.89) a prática reflexiva:

“inclui como eixos estruturantes do processo o *conhecimento de si*, na dimensão *consciência*, a *reflexão*, enquanto prática que se expressa no poder do sujeito para reconstruir a vida social pela participação na comunicação, e o *pensamento crítico*, enquanto forma de pensar analítica e sensata com o objetivo de decidir em que se deve acreditar, fazer ou tomar decisões e agir socialmente responsável, elementos que caracterizam as diferentes asserções do pensamento metacognitivo. A prática reflexiva permitindo a atribuição de sentido às experiências de vida produz conhecimento que, por sua vez, se integra na actividade total da pessoa humana.”

Desta forma, uma das estratégias utilizadas para promover e desenvolver os meus processos reflexivos e análise acerca das minhas intervenções consistiu na elaboração de diários de aprendizagem estruturados de acordo com o ciclo de Gibbs.

De acordo com Palmer, Burns e Bulman (1995), citados por Santos (2009), o ciclo reflexivo de Gibbs é um bom ponto de partida para a realização do processo reflexivo, alertando para a existência de vários enquadramentos para a reflexão. Tendo por base que a reflexão é um processo dinâmico, o ciclo reflexivo de Gibbs pode constituir uma abordagem apropriada, pois “orienta o utilizador através de algumas questões de modo a dar estrutura para a reflexão sobre uma experiência” (Palmer, Burns & Bulman, 1995, p.135, citado por Santos 2009).

Figura 3 – Ciclo de Gibbs



Fonte: Adaptado Santos (2009)

A capacidade reflexiva consiste numa competência que deve estar presente num contexto de exercício profissional, bem como num contexto de supervisão clínica. De acordo com Furter (1982), a reflexão consiste numa análise da própria ação que se realiza de modo particular e distanciado, pressupondo assim um pensamento de segunda ordem, no qual o indivíduo repensa a sua ação (Vieira, 2006, citado por Soares 2008).

Nesta lógica, ao longo de um determinado processo de formação deverá estar sempre presente o exercício crítico-reflexivo a partir da prática, bem como uma reflexão conjunta entre o formador e os formandos. Por outro lado, segundo Giesta (2005), citado por Soares (2008) é importante que se esteja certo das razões e dos

procedimentos que levam a refletir na ou sobre a ação, pois caso contrário a emancipação do profissional pode ser problematizada/desviada.

Para além dos aspetos reflexivos, procurei assentar os processos de tomada de decisão e intervenções em padrões de conhecimento, procurando ser facilitadora nos processos de aprendizagem. Indo ao encontro desta competência, gostaria de realçar algumas das intervenções que foram realizadas no âmbito do Ensino Clínico I, II e III.

No âmbito do Ensino Clínico II participei numa formação em equipa, na qual desenvolvi um trabalho de pesquisa e apresentação á equipa. A formação em serviço foi realizada por todos os elementos da equipa (psicólogos, enfermeiros e estudantes). Fomos subdivididos em grupos de trabalho, em que cada grupo trabalhou uma parte do livro: *Configurações vinculares* (Fernandes, 2010). O objetivo consistiu em refletir acerca da prática do serviço, tendo por base as teorias do livro que faz uma abordagem à conceptualização e desenvolvimento da psicoterapia analítica de grupos. Esta formação respondia a uma necessidade sentida por parte da equipa de aprofundar conhecimentos e teorizar as práticas da equipa com grupos (Anexo IV).

No âmbito do Ensino Clínico I e III foi realizada uma formação em serviço, em conjunto com outros três colegas do curso de especialidade, cujo objetivo consistiu em responder a uma necessidade dos profissionais de saúde do HDS, no âmbito do pedido de acreditação do serviço de psiquiatria, tal como foi anteriormente mencionado. A temática abordada consistiu “Aspetos legais, éticos e deontológicos relacionados com a privacidade e proteção da informação referente ao utente internado – Uma proposta de norma interna”

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

O enfermeiro especialista em saúde mental desempenha um papel crucial na abordagem dos processos de sofrimento e de alteração da situação de saúde mental dos utentes, assim como nas implicações no seu projeto de vida, no potencial de recuperação e na forma como a saúde mental é afetada por fatores externos (Regulamento nº. 129/2011).

As intervenções dos enfermeiros especialistas em saúde mental centram-se na prevenção, promoção da saúde mental, assim como no diagnóstico e planeamento das intervenções correspondentes, nomeadamente nas repostas humanas desajustadas aos processos de transição que geram sofrimento e alteram a saúde mental (Regulamento n.º 129/2011).

O enfermeiro especialista em saúde mental “para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de ambiente terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”. O enfermeiro especialista intervém junto do utente, assim como no contexto que o rodeia, designadamente a família e comunidade em que se insere (Regulamento n.º 129/2011, p.8669).

2.2.1 Competência F1: Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa, enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

No âmbito desta competência do enfermeiro especialista em saúde mental, este deverá desenvolver a capacidade de autoconhecimento e de desenvolvimento pessoal, o que é vital no estabelecimento de uma relação terapêutica e nas intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, interferindo nos resultados esperados (Regulamento 129/2011, +’p. 8670).

Segundo Phaneuf (2005), o autoconhecimento é algo complexo, dado que os meios de nos conhecermos são limitados e a tarefa nunca está acabada. Contudo, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, bem como a autoavaliação, permitem-nos descobrir quem nós somos, o que somos e o que precisamos fazer melhor.

De acordo com a mesma autora, a introspeção é o primeiro instrumento do autoconhecimento, mas a dificuldade consiste em manter-se objetivo neste processo. O diário íntimo consiste numa das ferramentas para este processo de introspeção, onde se pode expor os pensamentos, reações, desejos, entre outros aspetos. Este olhar retrospectivo permite julgar os nossos próprios comportamentos na relação com o outro, as nossas decisões, dificuldades e permite melhorá-los.

As componentes do autoconceito consistem nas seguintes: autopresença, autocontrolo e autoconsciência. A autopresença consiste na capacidade de uma pessoa se dar inteiramente ao que faz, de estar em contacto consigo próprio, bem como de viver as situações do aqui e agora. O autocontrolo consiste na contenção que exercemos sobre os nossos comportamentos, sobre a expressão das nossas necessidades, das pulsões, emoções, problemas e hábitos de vida. A autoconsciência consiste em, segundo Shutz, citado por Thowsend (2011, p.180) “saber o que se passa em nós, estar em contacto com o que sentimos, o que implica compreender as nossas motivações profundas, mantermo-nos atentos às nossas emoções”.

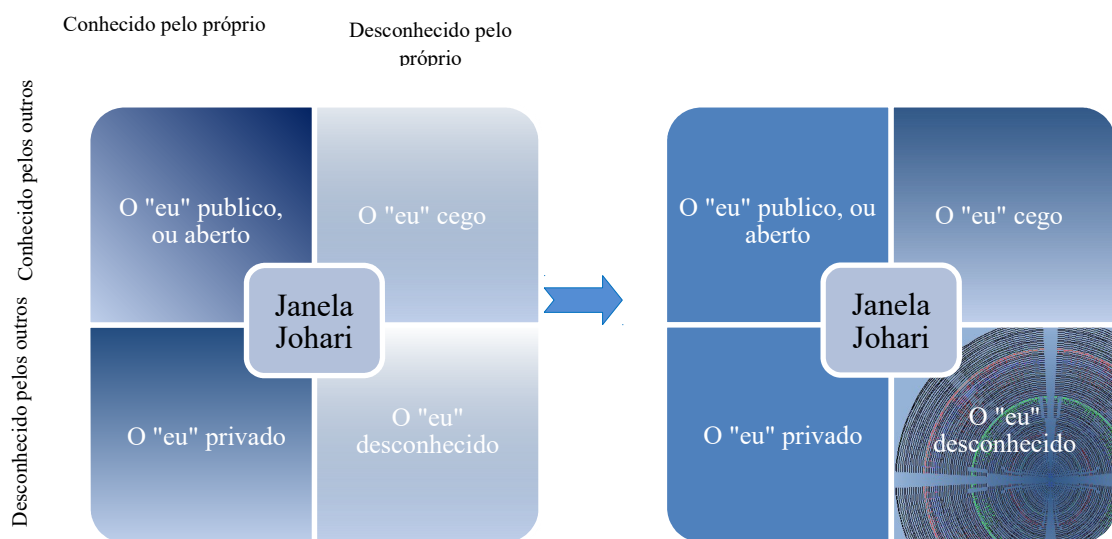
Durante os ensinamentos clínicos realizados, bem como no decurso da minha atividade profissional, desenvolvi diários de aprendizagem, segundo o ciclo de Gibbs, tal como foi referido anteriormente. A realização destes diários teve por objetivo refletir acerca de mim enquanto pessoa, enquanto enfermeira, bem como acerca do meio que me rodeia, de forma a poder desenvolver um maior conhecimento acerca de mim mesma.

A realização das reflexões, de acordo com as fases de Gibbs permitiu-me proceder à análise de situações de cuidados vivenciadas nos diferentes contextos, a forma como essas situações contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como compreender as aprendizagens que estas situações trouxeram para o futuro.

Outra das ferramentas utilizadas consistiu na Janela de Johari. Segundo Thowsend (2011), a autoconsciência é o reconhecimento do padrão de valores, atitudes, crenças, comportamentos, emoções e necessidades, bem como o entendimento do seu impacto no próprio e nos outros. Desta forma, de acordo com a mesma autora, “a janela Johari é uma representação do próprio e uma ferramenta que pode ser utilizada para aumentar

a autoconsciência” (p.122). A janela Johari encontra-se dividida em quatro quadrantes: “eu” público ou aberto; “eu” cego; “eu” privado; e “eu” desconhecido. De seguida apresento a minha janela de Johari antes dos ensinamentos clínicos e a atual.

Figura 4: Janela de Johari



Fonte: Thowsend (2011)

Ao desenvolvermos o processo de autoconsciência, aumentamos o tamanho do quadrante que representa o “eu” público/aberto. Segundo Thowsend (2011), a pessoa que é aberta para si e para os outros tem a capacidade de ser espontânea e partilhar emoções e experiências, detém um maior entendimento do comportamento pessoal, de agir confortavelmente e aceitar as diferenças em relação aos outros, respeitando os seus direitos e dignidade.

2.2.2 Competência F2: Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

De acordo com os pressupostos inerentes a esta competência, o enfermeiro especialista em saúde mental deverá recolher a informação pertinente e necessária para avaliação do estado de saúde mental dos utentes, visando a promoção da sua saúde, proteção e prevenção da perturbação mental (Regulamento nº 129/2011 de 18 de Fevereiro).

No âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental foram realizadas algumas intervenções, nomeadamente sessões de relaxamento, que visam diminuir o stress e a ansiedade. Estas intervenções foram realizadas no âmbito dos Ensino Clínico I e III e na minha atividade profissional atual.

Um dos principais sintomas dos utentes internados no serviço de internamento de psiquiatria consistia na ansiedade. O treino de relaxamento na redução da ansiedade tem sido uma técnica amplamente utilizada e tem demonstrado bons resultados no âmbito de alguns estudos que têm vindo a ser realizados. De acordo com um estudo realizado, após a aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo, houve uma redução média significativa dos escores da Escala de Ansiedade em cada uma das sessões. Nota-se que 80% passaram a apresentar escores de ansiedade leve e apresentaram-se mais tranquilas após a intervenção, mais dispostas a ajudar umas às outras, trocando experiências, comunicaram mais e narraram sentimentos de bem-estar (Lopes, 2008).

Esta técnica terapêutica diminui eficazmente a tensão e a ansiedade, podendo ser utilizada isoladamente ou em associação com outras técnicas cognitivas ou terapias de apoio. A premissa básica desta técnica é que a tensão muscular se encontra estreitamente relacionada com a ansiedade, pelo que se promovermos um relaxamento muscular com alívio da tensão também promovemos simultaneamente a redução da ansiedade (Stuart, 2001).

Os diferentes procedimentos de relaxamento têm subjacente uma respiração rítmica, redução da tensão e alteração do estado de consciência. O treino do relaxamento envolve a contração e o relaxamento dos músculos voluntários do corpo de forma sequencial para que o indivíduo atinja um estado de relaxamento total e consiga obter os benefícios que dele advêm (Stuart, 2001).

Segundo Payne (2003), as técnicas de relaxamento que podem ser utilizadas para reduzir a ansiedade são diversas, subdividindo-se em técnicas de relaxamento profundo (procedimentos que geram efeito de grande amplitude e que são executados num ambiente calmo e em posição horizontal) e superficial (versão curta de relaxamento profundo, tendo por objetivo um efeito imediato, libertação rápida de tensão), ou ainda em técnicas físicas (ex.: relaxamento progressivo de Jacobson, método de Mitchell, relaxamento diferencial, alongamentos, métodos de respiração, técnica de Alexander, entre outros) e psicológicas (auto-consciencialização, fantasiar, treino autogénico de Shultz, meditação, resposta de relaxamento de Benson).

Para além da sessão de relaxamento, foi realizada ainda uma sessão de psicoeducação acerca da adesão à terapêutica. Durante o ensino clínico no serviço de internamento do Hospital de Santarém, foi possível identificar que um dos diagnósticos de enfermagem levantados à maioria dos utentes internados consistiu na falta de adesão aos tratamentos. Desta forma, tornou-se pertinente a realização de um trabalho no sentido de promover uma maior consciencialização dos utentes relativamente à importância da adesão ao tratamento, bem como o desenvolvimento, em conjunto com os utentes, de algumas estratégias para mudarem o seu comportamento de forma eficaz. Tendo por base os objetivos delineados para esta sessão, o tipo de intervenção utilizada consistiu na psicoeducação

Desta forma, nesta sessão, realizada com um grupo de utentes internados no serviço de psiquiatria do HDS, pretendeu-se que os utentes compreendessem o que é a adesão aos tratamentos, a sua importância no seu processo terapêutico e o desenvolvimento de algumas estratégias que lhes permitam promover em si mesmos uma melhor adesão aos tratamentos que lhes são prescritos.

Segundo a OMS (2003, p. 7), “não há como negar que pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado. A baixa adesão (ao tratamento de doenças crónicas) é um problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos ronda os 50%. Nos países em desenvolvimento as taxas são ainda menores”. No caso das doenças psiquiátricas a não adesão ao tratamento é apontada como fator determinante do agravamento da mesma, estando intimamente ligada às recaídas (Cardoso & Galera, 2005). Na literatura, é estabelecida a diferença

entre *compliance* (cumprimento) e adesão terapêutica. O primeiro termo refere-se à abordagem tradicional de prescrição e inclui a obediência simples e cega às sugestões emitidas pelo médico. O segundo significa mais do que a adoção das instruções médicas e é utilizado como sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do utente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue (Bugalho & Carneiro, 2004).

Segundo Cabral e Silva (2010) os utentes pretendem cada vez mais envolver-se no processo clínico, desejando obter mais informação e solicitando uma maior interação com os profissionais de saúde, sendo necessária uma abordagem bio-psico-social que encare os sujeitos como elementos ativos, que devem ser encarados como parceiros no percurso terapêutico.

Segundo Bugalho e Carneiro (2004) as causas da não adesão terapêutica são diversificadas e incluem o tipo de regime terapêutico (complexidade e custo), o envolvimento do profissional de saúde e a resposta do doente, assim como características individuais deste (ex: problemas psiquiátricos).

As desistências precoces do tratamento devem-se, normalmente, à falta de eficácia da medicação ou da ocorrência de efeitos adversos, enquanto as desistências tardias resultam, geralmente, do facto de os doentes se sentirem melhor ou temerem a dependência em relação aos fármacos (Bugalho & Carneiro, 2004).

Neste âmbito, cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro especialista em saúde mental, desenvolver intervenções que visem a adesão da pessoa com depressão ao tratamento. Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2009), os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão aos tratamentos. Desta forma, a prática holística da enfermagem inclui: avaliar o risco de não adesão, identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão, proporcionar intervenções apropriadas e adaptadas para o cliente com base na avaliação e avaliar a adesão ao tratamento (ICN, 2009).

Tal como referem Bugalho e Carneiro (2004) existe um conjunto de intervenções provadamente eficazes na melhoria da adesão ao tratamento, ainda que não seja claro nem fácil determinar quais são as melhores em doenças ou doentes específicos, já que a não adesão é reconhecidamente um fenómeno de etiologia multifatorial. Entre as várias intervenções existentes destinadas a melhorar a adesão dos doentes ao tratamento temos as educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença, e as comportamentais, cujo objetivo consiste em incorporar na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos. As intervenções educacionais incluem o fornecimento de material escrito, audiovisual ou simplesmente oral, em regime individual ou de grupo (Bugalho & Carneiro, 2004).

As intervenções comportamentais são na sua maioria complexas e muitas vezes associadas às anteriores. Neste tipo de intervenções são abordados componentes importantes do esquema terapêutico como o aumento da comunicação e aconselhamento; adequação e simplificação do tratamento; participação ativa dos doentes no seu tratamento através da automonitorização da doença e autoadministração da terapêutica; utilização de sistemas de alerta ou memorandos de índole variada, muitas vezes com recurso a novas tecnologias; mecanismos de reforço positivo ou recompensa pelo cumprimento do esquema proposto, assim como pelo controlo da doença e obtenção de metas estipuladas em termos de resultados de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004).

Atendendo a estes aspetos descritos pela literatura, uma das terapias que se pode considerar ajustada é a psicoeducação que acaba por integrar aspetos relativos à educação do utente, mas também à alteração de comportamentos que é preconizada.

2.2.3 Competência F3: Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

Tendo por base esta competência, é importante referir que o enfermeiro especialista em saúde mental deve proceder à “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 equipa de saúde” (regulamento 129/2011 de 18 fevereiro, p. 8671). Para além destes aspetos é ainda crucial que o enfermeiro preste cuidados de forma a promover e a proteger a saúde mental, centrando a atenção no utente e problemas de saúde reais ou potenciais.

Neste sentido, durante os ensinamentos clínicos uma das metodologias adotadas consistiu na elaboração de dois estudos de caso, de forma a poder evidenciar o planeamento dos cuidados prestados aos utentes/famílias.

Um dos estudos de caso foi realizado no âmbito do ensino clínico I e referiu-se a uma utente que deu entrada no serviço de internamento de psiquiatria do HDS com diagnóstico de depressão. A utente apresentou início de sintomatologia depressiva há cerca de 2 anos, tendo vindo a ser acompanhada pelo seu médico de família, sendo o seu primeiro internamento no serviço.

Os principais diagnósticos de enfermagem levantados, de acordo com a CIPE foram os seguintes (Tabela 1):

Tabela 1: Estudo de caso I – diagnósticos de enfermagem

Diagnóstico inicial	Diagnóstico final (após 5º dia de intervenção)
Humor diminuído em grau elevado	Humor diminuído em grau reduzido
Ansiedade em grau elevado	Ansiedade em grau moderado
Vontade de viver diminuída em grau elevado	Vontade de viver diminuída em grau reduzido
Processo familiar comprometido	Processo familiar comprometido

Outro estudo de caso foi realizado no ensino clínico II e foi referente a uma utente que estava a ser acompanhada desde há algum tempo pela equipa de psiquiatria e saúde mental do CHON (Centro Hospitalar Oeste Norte), por diagnóstico de depressão.

Nos últimos tempos, havia-se verificado que a utente tinha renitência em comparecer às consultas. Numa das consultas a família pediu que a utente fosse interdita, pois referiam que ela não tinha capacidade de fazer uma gestão da sua vida e dos seus bens de forma autónoma.

Atendendo à dificuldade da utente comparecer nas consultas de forma independente, e da importância de se abordar a utente de forma isolada da família, foi programada uma visita domiciliária, onde se teve a oportunidade de observar e avaliar diversos aspetos.

Os diagnósticos de enfermagem identificados consistiram nos seguintes (Tabela 2):

Tabela 2: Estudo de caso II – diagnósticos de enfermagem

Diagnóstico inicial	Diagnóstico final (após 2º dia de intervenção)
Humor diminuído em grau moderado	Humor diminuído em grau reduzido
Vontade de viver diminuída em grau reduzido	Vontade de viver diminuída em grau reduzido
Comunicação ineficaz	Comunicação ineficaz
Adesão à terapêutica comprometida em grau elevado	Adesão à terapêutica comprometida em grau moderado
Processo familiar comprometido em grau elevado	Processo familiar comprometido em grau elevado

As intervenções realizadas tiveram por base a psicoterapia orientada para a solução de problemas. Segundo Caballo (1996), p.163) “a psicoterapia orientada para as soluções dirige-se a clientes que apresentam dificuldades variadas relativamente à gestão de sintomas e de comportamentos de todo o tipo, sejam da ordem das relações, da adaptação aos problemas de vida corrente ou da gestão do stress.”

Esta abordagem teve por base as seguintes premissas:

- O utente tem recursos para resolver os seus problemas, pelo que deve ser considerado como um participante ao longo da sua terapia;
- Não é indispensável saber muito sobre o problema para o resolver, mas é necessário saber o que se passa quando o problema está ausente ou menos presente;
- Uma pequena mudança convida a mudanças mais importantes;
- Não há apenas uma maneira de perceber e de dar sentido às coisas.

No contexto da psicoterapia orientada para a solução de problemas, no decorrer do primeiro encontro, o objetivo é estabelecer contato com o utente. De acordo com Caballo (1996, p.166), “esta entrada em contacto tem um duplo objetivo: conhecer o cliente e criar um laço de confiança com ele. Desta forma, o terapeuta estará mais apto a propor soluções realistas, que correspondem às competências actuais do cliente ou àquelas que pode adquirir sem grande dificuldade”.-

A reflexão acerca dos problemas leva a que o utente encontre novas perspetivas de resolução para os mesmos, mas que também diminua a sua ansiedade, extravasando os seus sentimentos, angústias e medos em relação às situações problemáticas. Na intervenção realizada, a utente expressou os seus sentimentos relativos á vivencia com os diferentes elementos da família e à sua falta de confiança nos outros devido a algumas experiencias de vida a que foi sujeita.

Com o objetivo de promover a saúde mental junto dos utentes e suas famílias, saliento uma das intervenções que foi realizada no âmbito do serviço de internamento do HDS, enquadrada no domínio psicossocial.

A intervenção psicossocial pode ser dirigida a vários contextos que façam parte do contexto social do individuo, nomeadamente à família que consiste na principal base estrutural e de apoio do individuo.

No âmbito do serviço de internamento verifiquei que a família assume um papel crucial na recuperação dos utentes internados, pelo que também a família deve ser alvo dos cuidados de enfermagem, nomeadamente para se ajustar o plano de cuidados de forma mais adequada. Também, muitas vezes, a família precisa de apoio, assim como muitas vezes é na família que o utente identifica estarem o cerne dos seus problemas. Para além destes aspetos, a família é um elemento de grande valor para garantir a continuidade de cuidados ao utente, devendo assim ser contemplada no plano de cuidados traçados.

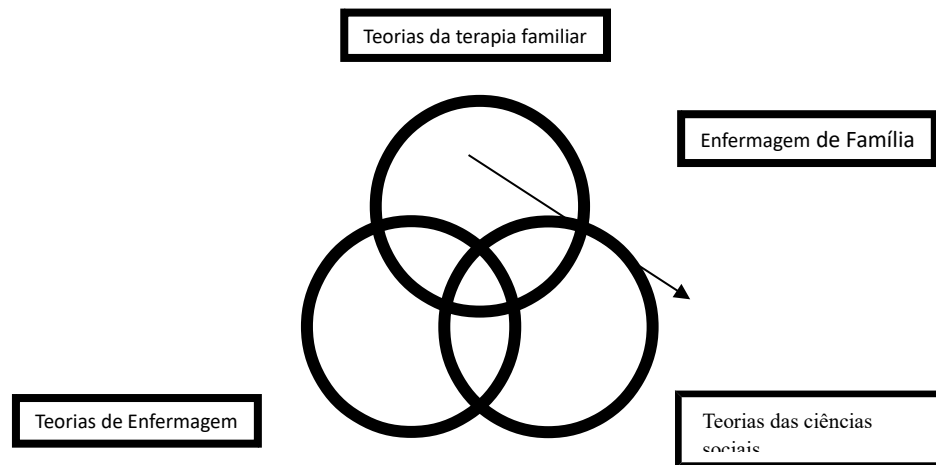
Assim, no âmbito do Ensino clínico I, após algumas intervenções com uma das utentes, verifiquei que ela apresentava alguma dificuldade em falar com o filho, escondendo do mesmo que tinha alguns problemas económicos, dos quais resultaram 2 meses de renda

em atraso. Este foi identificado pela utente como sendo o seu principal problema, o qual a angustiava e lhe aumentava a sua ansiedade face à possibilidade de alta.

Atendendo ao que a utente me verbalizava acerca da sua dinâmica familiar, verifiquei existir falta de comunicação entre os diferentes elementos da família, pelo que considerei pertinente intervir junto da família desta utente, nomeadamente junto do filho. Esta intervenção teve como objetivo compreender melhor o ponto de vista familiar relativamente à sua dinâmica, assim como compreender como poderia ajustar o meu plano de cuidados a esta utente na preparação da sua alta (Anexo V).

Atualmente caminhamos para a centralização dos cuidados de enfermagem para a família enquanto sistema, uma vez que é reconhecido que esta é uma unidade indissociável, pelo que os cuidados não deverão ser individualizados a um elemento, mas adequados à especificidade de cada sistema (Hanson & Boyd, 1996). Vários modelos conceptuais podem orientar os enfermeiros nesta sua função, no entanto, salienta-se o apresentado por Hanson e Boyd (1996), dado que aponta para a complexidade do constructo (enfermagem de família), referindo que este se baseia na interceção de teorias e estratégias da enfermagem, da terapia familiar e das ciências sociais familiares, tendo como objetivo a saúde do sistema familiar.

Figura 5: Modelo concetual de Enfermagem de Família



Fonte: Adaptação de Hanson e Boyd (1996), p.23

Gómez-Batiste *et al* (1996), referido por Moreira (2000), refere que, para avaliar as necessidades de cuidados da família, é necessário ter em conta diversos parâmetros, como a constituição da família; a comunicação e o comportamento entre os membros da família (incluindo o doente); o grau de disponibilidade da família para cuidar e as suas dificuldades reais; os recursos materiais e afetivos; quem é o cuidador principal (muito relacionado com os papéis ocupados no seio da família); a resolução de conflitos, entre outros.

A autora Bomar (1996) sintetiza referindo que, a enfermagem tem como fim a satisfação das necessidades de saúde das famílias, que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem, tendo como foco a interação familiar e ajudando a família na gestão dos seus próprios recursos para que esta se reorganize perante uma situação de crise (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Assim, e tendo em conta que a família é um sistema em interação entre os seus membros, a doença não vai afetar só o indivíduo, mas também toda a família na globalidade (Wright

&Leahey, 2002), que tem de lidar com um sofrimento profundo, confrontando-se com sentimentos e emoções e, alterando o seu próprio funcionamento (Moreira, 2000).

Neste sentido, as autoras Wright e Leahey (2002) apontam-nos como modelo de intervenção, o MCIF (Modelo de Calgary de intervenção na família), sendo que este se encontra profundamente articulado com MCAF, já anteriormente referido. Assim, após ter sido feita uma avaliação familiar, torna-se fundamental considerar que intervenções poderão dar respostas às necessidades apresentadas pela família. De acordo com este modelo de intervenção o objetivo das intervenções centra-se num dos domínios do funcionamento da família (cognitivo, afetivo e comportamental), no sentido de promover uma adaptação da família. É de salientar que uma intervenção num dos domínios do funcionamento familiar irá afetar os outros domínios, contudo o MCIF permite determinar o domínio predominante do funcionamento familiar que necessita de mudança, bem como a intervenção mais adequada para a efetuar. Neste sentido, as autoras Wright e Leahey (2002) preconizam que a cada um dos domínios correspondem um conjunto de intervenções. No que concerne às intervenções para mudar o domínio cognitivo do funcionamento familiar, estas estão direcionadas para a transmissão de novas ideias, opiniões, crenças, informações ou educação acerca de um problema real ou potencial. O objetivo deste tipo de intervenções é transformar a forma como cada família perspetiva os seus problemas de saúde para que os seus elementos tenham a capacidade de encontrar novas funções para os seus problemas. Neste sentido, as autoras destacam as seguintes intervenções para mudar o domínio cognitivo do funcionamento familiar:

- Elogiar as forças da família e dos indivíduos: neste tipo de intervenção, o elogio é entendido como uma observação relativa aos padrões de comportamento que ocorrem com o tempo. Dado o facto de ser frequente que as famílias em situação de fim de vida experienciem sentimentos de impotência e desânimo, considera-se fundamental enfatizar as forças da família e não a disfunção ou deficit dos elementos da família. Quando as intervenções são eficazes, a família reage positivamente a longo e curto prazo, verificando-se que ao ser realizada este tipo de intervenção se cria um contexto para a mudança, possibilitando que as famílias encontrem as soluções para os seus próprios problemas.

- Oferecer informações e opiniões---: uma das principais necessidades das famílias que experienciam situações de doença é a de receber informações dos profissionais de saúde, nomeadamente a informação referente a questões de desenvolvimento, promoção de saúde e tratamento de doenças. Neste tipo de intervenção, os enfermeiros podem intervir, transmitindo informações relativas ao impacto de doenças crónicas e potencialmente fatais e capacitar as famílias para obter informações acerca dos recursos.

No que concerne às intervenções para mudar o domínio afetivo do funcionamento familiar, estas têm como fim a redução ou aumento de emoções intensas que podem bloquear as tentativas da família para solucionar os problemas. Desta forma, Wright e Leahey (2002) enaltecem as seguintes intervenções:

- Validar ou normalizar as respostas emocionais: Neste tipo de intervenção, tem como fim a validação de emoções fortes e a tranquilização das mesmas, promovendo esperança realista às famílias que progressivamente, se adaptarão, aprendendo diferentes formas de lidar com a situação.
- Incentivar as narrativas de doença: nesta intervenção, os elementos da família são incentivados a partilhar a sua experiência de doença, tendo a oportunidade de expressar o impacto desta na família e a sua influência na doença.
- Estimular o apoio familiar: Neste tipo de intervenção, esta é dirigida no sentido da promoção da ventilação de sentimentos e de preocupações entre os elementos da família, capacitando-os para obterem as suas próprias forças e recursos para se apoiarem uns aos outros.

No que diz respeito às intervenções para mudar o domínio comportamental do funcionamento familiar, estas referem-se à facilitação da interação e da adoção de comportamentos por parte dos diferentes elementos da família entre si, de modo diferente, o que se atinge incentivando alguns membros da família a participarem nalgumas tarefas comportamentais específicas. As autoras supra-referidas salientam as seguintes intervenções:

- Incentivar os membros da família a serem cuidadores: nesta intervenção, os elementos da família são incentivados a envolverem-se nos cuidados prestados ao doente, de modo a reduzir o seu sentimento de desamparo, ansiedade e descontrolo. As autoras salientam que, no entanto, aquando do envolvimento nos cuidados as enfermeiras deverão atender à sobrecarga do cuidador, estando alerta para os riscos envolvidos na prestação de cuidados.
- Incentivar o descanso: esta intervenção é direcionada para enfatização do descanso, diminuindo e aliviando possíveis sentimentos de culpa por parte de alguns elementos da família por desejarem deixar o papel de cuidador.
- Planear rituais: esta intervenção consiste no incentivo do planeamento de rituais que não foram observados na família, dado que em situações de doença crónica se observa que muitos dos rituais quotidianos da família são extintos.

O autor Hesbeen (2000) acrescenta ainda, e muito relacionado com o fenómeno em estudo, que o processo de cuidar da família baseia-se em traçar com esta, um horizonte para onde pretende caminhar. Neste caminho, refere ainda que é necessário que os cuidadores teçam laços de confiança baseados no respeito pela família, alvo de cuidados.

No âmbito desta competência importa ainda referir a participação nas reuniões de NIASM. Tal como foi referido anteriormente, estas reuniões visam dar resposta no âmbito da saúde mental à comunidade, bem como integrar outros profissionais na otimização das respostas desenvolvidas e planeadas.

Na reunião de NIASM em que estive presente foi efetuada a apresentação de cerca de 12 casos clínicos trazidos pelos diferentes profissionais presentes na reunião (enfermeiros dos centros de saúde, psicólogos da santa casa da misericórdia, entre outros). É de salientar a diversidade das situações descritas, em que algumas se referiam à falta de suporte familiar para dar apoio a alguns utentes, situações jurídicas associadas, entre outros diversos aspetos. Atendendo aos aspetos éticos e de confidencialidade todos os profissionais deveriam entregar o consentimento informado dos utentes que foram levados a discussão na reunião.

De acordo com a carta dos direitos e deveres do doente:

- O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico;
- O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
- O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico;

Desta forma, a circulação de informação deverá obedecer a um princípio de «confidência necessária» em que serão determinantes para definir o “âmbito do segredo”: o interesse do doente, a natureza da informação e os reflexos que a sua divulgação traz para a sua privacidade (Deliberação n.º 51/2001).

De acordo com a mesma deliberação (deliberação n.º 51/2001), a privacidade compreende “aqueles actos que, não sendo secretos em si mesmos, devem subtrair-se à curiosidade pública por naturais razões de resguardo e melindre, como os sentimentos e afectos familiares, os costumes da vida e as vulgares práticas quotidianas, a vergonha da pobreza e as renúncias que ela impõe”

Nestas sessões podem estar presentes diferentes profissionais que podem ou não ser profissionais de saúde, mas que de alguma forma podem estar implicados nos processos de decisão relativamente aos casos apresentados. Para além disso, pode verificar existe muita partilha de informação que é realizada, num curto espaço de tempo e com muito pouca burocracia, o que pode facilitar os processos de referenciação e de articulação entre os diferentes serviços/instituições presentes.

Desta forma, ao invés de se perceber apenas uma solução para um determinado problema, é possível perspetivarem-se várias soluções com a sua respetiva validade e exequibilidade. Assim, é possível chegarem-se a conclusões mais ricas, direcionadas e ajustadas aos problemas dos utentes.

De forma a responder a uma das unidades desta competência, e que se refere à identificação de resultados esperados com implementação de projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental, é de referir a utilização de

escalas implementadas antes e depois das intervenções, de forma a avaliar a eficácia das mesmas. Saliento a utilização da escala HADS no âmbito das intervenções psicoterapêuticas realizadas com vista à redução da ansiedade em doentes deprimidos.

Uma das intervenções frequentes na minha prática profissional, no contexto de trabalho atual, consiste no apoio emocional após a transmissão do diagnóstico de Esclerose Múltipla (E.M.) aos utentes que acompanho no âmbito domiciliário. Tal, como foi referido anteriormente, a E.M. consiste numa doença incapacitante e de evolução progressiva, pelo que as perdas vivenciadas são uma constante no decurso da vida destes utentes/famílias. Desta forma, é crucial apoiar o doente e família, bem como gerir a informação que é transmitida, e apoiá-los na forma como a recebem.

A comunicação e a transmissão de informação apresentam especial destaque em situações de comunicação de más notícias, em que poderão haver repercussões físicas, sociais e familiares. Esta constitui uma das situações mais complexas e difíceis no contexto das relações interpessoais entre profissional de saúde e doente, atendendo à gravidade das situações relacionadas, bem como no que se refere à decisão do profissional que transmite a notícia e à forma como a transmite e o tipo de informação que é dada (Pereira, 2008).

A má notícia consiste em qualquer informação que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou por alguém próximo. Neste sentido, são várias as más notícias que se podem considerar no âmbito da saúde, nomeadamente, doenças incapacitantes sem perspetivas de cura, doenças degenerativas, doenças do foro psiquiátrico com consequências negativas no futuro da pessoa, a morte de um familiar ou pessoa próxima e a situação de doença aguda. Assim, a transmissão de um diagnóstico como a EM está contemplado nos exemplares de más notícias (Pereira, 2008).

A comunicação de más notícias está sempre relacionada com uma situação de perda. Quer a perda se relacione com a doença, do próprio ou de um familiar, ou com morte, é sempre geradora de situações de stress, considerada situação de crise, isto é, uma situação que surge no indivíduo de uma forma tão diferente ou grave que as suas

respostas habituais são insuficientes e inadequadas, exigindo alterações dos padrões de funcionamento pessoais e sociais definidos (Pereira, 2008).

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente é fundamental, pois pode ajudar a melhorar a forma como a pessoa lida com a sua doença, melhorando subsequentemente a sua qualidade de vida (Pereira, 2008).

A falta de informação face a uma situação completamente nova, leva por vezes, ao sentimento de solidão e de falta de apoio e à sensação de inexistência de opções disponíveis. A intervenção dos profissionais passa pelas três fases da crise: prestar informações, dar apoio emocional e fornecer opções (Pereira, 2008).

O ato de informar é complexo, devendo a decisão de o fazer ser baseada no interesse expresso pelo doente, deve ser individualizado e o seu conteúdo deve ser direcionado e adaptado a cada doente, de modo a respeitar o ritmo e as necessidades do doente/família. A necessidade de informação é diferente de pessoa para pessoa, mas a maior parte requer informação geral sobre a patologia e o tratamento mais indicado para a sua situação, o que constitui uma ajuda significativa ao doente em termos emocionais, pois dá-lhe uma sensação de maior controlo da situação (Concelho Internacional de Enfermeiras, 2005; Pereira, 2008).

De acordo com os mecanismos de adaptação do doente existem dois grupos: O grupo “procura de informação”, em que os doentes procuram informação relacionada com a sua doença e respetivo tratamento e acreditam que esta os ajudará a lidar com os efeitos da doença. Neste sentido questionam os diferentes profissionais, outros doentes em condições semelhantes, consultam bibliografia e comparam as informações; o grupo “evitamento de informação”, em que os doentes evitam toda e qualquer informação relacionada com a doença que possa simbolizar uma ameaça. Assim, raramente colocam questões, evitam o contacto com outros doentes em condições idênticas e não participam nas tomadas de decisão acerca dos tratamentos, delegando esse papel normalmente no médico/enfermeiro (Pereira, 2008).

Por ser um processo fundamental, com todas as dificuldades já mencionadas, Buckman propõe um protocolo de seis etapas de como transmitir más notícias (Pereira, 2008):

- 1) Num contexto adequado, definindo as pessoas que devem estar presentes;
- 2) Descobrir o que o doente já sabe acerca da sua doença;
- 3) Descobrir o que o doente quer saber;
- 4) Dividir e partilhar a informação;
- 5) Responder aos sentimentos do doente;
- 6) Planear e combinar o acompanhamento futuro do doente/família.

A informação deverá ser transmitida de acordo com as necessidades do doente/família, em doses pequenas, respeitando e acompanhando o ritmo do doente/família.²

Quando a pessoa ou a sua família recebem uma má notícia, geralmente passam por diferentes fases. Estas fases foram classificadas por Kubler-Ross e permitem compreender as diferentes atitudes e sentimentos que acompanham a pessoa ao longo do processo de adaptação em relação à doença. As fases consistem nas seguintes: choque inicial; negação/isolamento; raiva; barganha; depressão; aceitação (Pereira, 2008).

A EM é uma doença que causa algumas alterações emocionais, atendendo a diversos fatores (NICE, 2003):

- Ocorre em indivíduos de idade muito jovem, quando estão a iniciar a sua vida e a tomarem decisões relativas ao seu futuro;
- É imprevisível e causa muita incerteza;
- Não há um grande conhecimento acerca da EM e as expectativas em relação à mesma são quase sempre piores que a realidade;
- Pode levar a algumas perdas ao longo dos anos;
- O sentimento de controlo pode sofrer alterações;
- Os efeitos no âmbito familiar, nomeadamente na interação entre os diferentes elementos, pode aumentar o stress emocional.

O apoio emocional não é apenas limitado à pessoa com E.M., mas deve também abranger toda a família, dado que esta consiste na base estrutural e de apoio de qualquer indivíduo (NICE, 2003).

Os membros da família (incluindo as crianças em idade escolar) que vivem na mesma casa da pessoa com EM, bem como outros elementos da família que fornecem um apoio substancial, mesmo morando noutra local, devem ser apoiados (NICE, 2003).

O apoio emocional é requerido por parte da pessoa com EM e sua família em diversas fases, desde o diagnóstico da doença e durante todo o seu processo de doença, sendo de extrema importância em acontecimentos críticos que sejam geradoras de stress para a pessoa/família (NICE, 2003).

2.2.4 Competência F4: presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

O enfermeiro especialista em saúde mental deverá intervir junto do utente com vista a alcançar o estado de saúde mental próximo do desejável, mobilizando cuidados de âmbito socioterapêutico, psicoterapêutico, psicoterapêutico e psicossocial. Estas intervenções têm o objetivo de ajudar o utente a realizar as suas capacidades e atingir um padrão de funcionamento aceitável para contribuir para a sociedade em que se insere (regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro).

Desta forma, nos diferentes ensinamentos clínicos foram sendo desenvolvidas diferentes intervenções terapêuticas, tendo desenvolvido cada uma das intervenções abaixo mencionadas.

Tabela 3: Intervenções terapêuticas

Domínio	Nome da sessão	Local	Objetivo geral	Observações
Psicossocial	Intervindo na família...	HDS	Promover a maior coesão familiar, de forma a reduzir a ansiedade do utente face à alta.	Anexo V
	Projeto de vida	CHON	Promover o desenvolvimento de competências sociais e relacionais	Anexo VI
Socioterapia	Reunião comunitária	HDS	Reforçar a informação das	Anexo VII

	no serviço... Regras do serviço		regras do serviço e esclarecer os utentes acerca das mesmas.	
	A alta	CHON	Informar e esclarecer o utente acerca dos recursos da comunidade	Anexo VIII
Psicoeducação	Adesão ao Regime Terapêutico	HDS	Promover a adesão aos tratamentos	Anexo IX
	O Stress	CHON	Promover a aquisição de competências da utente na gestão do stress	Anexo X
Psicoterapia	O que sabe acerca da sua doença?	HDS	Aprofundar conhecimentos/sentimentos acerca da ansiedade/depressão	Anexo XI
	Um momento para se expressar...	CHON	Promover a expressão de sentimentos	Anexo XII
	Como sou eu?	HDS	Promover a autoestima dos utentes	Anexo XIII
	Pensamento positivo	HDS	Promover a reestruturação das cognições distorcidas, através da reformulação dos seus pensamentos e problemas	Anexo XIV
	Vamos aprender a resolver os nossos problemas	HDS	Ajudar o utente a identificar as soluções para o seu problema	Anexo XV
	Eu consigo gerir a minha ansiedade	HDS	Promover a adoção de estratégias de gestão da ansiedade	Anexo XVI
	Vamos relaxar	HDS	Estimular o indivíduo a utilizar algumas estratégias para controlar e gerir a sua própria ansiedade	Anexo XVII

No âmbito psicossocial gostaria de destacar uma das intervenções realizadas no serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON que visou avaliar/capacitar o utente relativamente á gestão financeira, ao seu processo de socialização e aos projetos de vida futuros.

A intervenção psicossocial consiste em todas as ações dirigidas para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade, nomeadamente com a família, e através destas práticas são ampliadas as habilidades e a autonomia do indivíduo permitindo o desenvolvimento da sua criatividade e expressão (Benevides, 2010).

Desta forma, intervenção realizada visou promover a construção da cidadania, a interação do utente com a sociedade e a sua autonomia. Na sessão foi promovido junto do utente a adoção de algumas estratégias de gestão financeira, nomeadamente de pagamento dos bens essenciais. Foi ainda efetuada a identificação dos projetos de vida do utente, bem como a forma como o mesmo pretendia proceder ao desenvolvimento dos mesmos.

De acordo com Kaplan (1980), a intervenção psicossocial refere-se a uma forma de desenvolvimento psicológico do indivíduo em interação com o ambiente social. A pessoa para não se tornar mentalmente perturbada precisa de suprimentos contínuos compatíveis com o seu estado de desenvolvimento e crescimento e que podem ser classificados em três grupos: físicos, psicossociais e socio-culturais. “Os suprimentos psicossociais incluem a estimulação do desenvolvimento cognitivo e afectivo de uma pessoa através da interacção pessoal com os outros membros da família, com os seus iguais e pessoas mais velhas na escola, igreja e trabalho” (Kaplan, 1980, p.46).

De acordo com o mesmo autor “o suprimento psicossocial inadequado, que é o propício ao distúrbio mental, ocorrerá se não houver oportunidade para uma pessoa estabelecer relações com aqueles que podem satisfazer as suas necessidades; se os outros significativos não percebem, respeitam ou tentam satisfazer as deles; ou se as relações satisfatórias são interrompidas por doença, morte, afastamento ou desilusão” (Kaplan, 1980, p.47).

A intervenção psicossocial consiste em todas as ações dirigidas para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade, nomeadamente com a família, e através destas práticas são ampliadas as habilidades e a autonomia do

indivíduo, permitindo o desenvolvimento da sua criatividade e expressão (Benevides, 2010).

No que concerne à psicoeducação, esta consiste numa forma específica de educação que se destina a ajudar as pessoas com doença mental na compreensão dos factos acerca de uma ampla gama de doenças mentais e no desenvolvimento de estratégias por parte do indivíduo que o ajudem a lidar com a doença mental e com os seus efeitos. A psicoeducação não consiste num tratamento, mas é projetada para ser parte integrante de um plano global de tratamento do utente (Figueiredo et al., 2009).

No decorrer do acompanhamento de uma das utentes seguida na consulta de enfermagem de saúde mental no departamento do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON, foi identificada a necessidade de promover mais conhecimentos acerca do stress, nomeadamente no que se refere a algumas estratégias para gestão de stress, dado o seu diagnóstico de ansiedade. Desta forma, atendendo ao problema identificado e aos objetivos pretendidos para a utente, a intervenção mais adequada consistiu na psicoeducação.

De acordo com Townsend, (2011), é importante diferenciarem-se os conceitos de ansiedade, stress e de medo. O *stress* consiste numa pressão externa que é exercida sobre o indivíduo, enquanto a ansiedade é uma resposta emocional subjetiva a esse stressor. O medo é um processo cognitivo, ao passo que a ansiedade é um processo emocional (Townsend, 2011).

De acordo com a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010), o *stress* contribui para o aparecimento de sintomas e de recaídas em pessoas em saúde mental. Desta forma, verifica-se uma forte necessidade de intervir junto dos utentes com doença mental no sentido de os capacitar na gestão do seu *stress*.

O *stress* consiste numa reação psicossomática aos fatores de stress que surgem no decorrer do dia. Desta forma, é importante reforçar que não existe apenas o *stress* negativo (ou distress), também existe uma forma de *stress* (o eustress) no qual o indivíduo perante um problema/desafio lida com a situação mobilizando mecanismo de

coping, otimizando, desta forma, o seu comportamento adaptativo face aos desafios do dia-a-dia, o que pode também ser designado por stress positivo.

Durante a sessão, a utente foi revelando a apropriação de conhecimentos, referindo algumas das estratégias de gestão de *stress* já utilizadas por ela, bem como outras que poderia vir a recorrer, de entre as apresentadas.

No domínio da socioterapia importa salientar que consiste num tratamento que coloca a sua ênfase na modificação do ambiente e melhoria das relações interpessoais, em vez de intervir em fatores intrapsíquicos.

De acordo com Neto (2012), a socioterapia tem como objetivo o bem-estar do ser humano, como um ser multifacetado, mas integral e síntese de diversos fatores: biológicos, históricos e socioculturais. Este tipo de intervenção visa a melhoria das interações entre o indivíduo e o meio em que vive, nomeadamente pela sua reinserção e a readaptação social.

A intervenção socioterapêutica ocorre em diferentes níveis, desde uma simples observação até uma medida mais complexa. A intervenção varia de acordo com o grupo terapêutico alvo, o ambiente, as circunstâncias e objetivos a serem trabalhados (Neto, 2012).

O planeamento da intervenção socioterapêutica deve partir do conhecimento da realidade-alvo, das suas peculiaridades e principais necessidades identificadas. A observação direta da situação ou realidade-alvo possibilitará o diagnóstico, para então, traçar objetivos, estratégias e instrumentos a serem utilizados, no sentido de intervir satisfatoriamente nela.

Segundo Neto (2012) a utilização da socioterapia tem sido de crucial importância na re-socialização de pessoas com doença mental. A criação de hospitais de dia permite que o utente não durma fora do próprio domicílio, passe o dia em atividades na instituição psiquiátrica em ambulatório, voltando no final do dia para o ambiente familiar.

A socioterapia tem subjacente a realização de diversas atividades com os pacientes para ajudá-los a encarar a sua doença mental e o preconceito que há na sociedade (Neto, 2012).

O utente precisa de encarar a sua doença mental da melhor forma possível, de modo a facilitar a sua integração no meio em que vive. Várias questões podem ser trabalhadas nos encontros terapêuticos, tais como: liberdade e responsabilidade, direitos e deveres, cidadania, limites, a importância do tratamento farmacológico, afetividade, hábitos e costumes, entre outros.

O preconceito, por vezes, subsiste na família dos próprios utentes, que consideram que este precisa de ficar isolado, longe do convívio familiar, distante da vizinhança e fora do seu meio social. Portanto, algumas vezes, o terapeuta precisa de trazer para a instituição, ou melhor, para as atividades os familiares que apresentem algum tipo de preconceito, que precisam de encarar a doença mental com mais naturalidade e sem discriminações.

A socioterapia tem como objetivo otimizar as relações sociais e a comunicação entre os indivíduos no meio em que vivem. O seu caráter terapêutico visa a superação de conflitos e/ou situações problemáticas, por meio de diversas atividades e dinâmicas de grupo (Neto, 2012). Consiste num processo de aprendizagem psicossocial que tem presente as pessoas e a relação dinâmica das mesmas com o seu ambiente. Esse processo gira em torno de um eixo central que relaciona as necessidades expressas no âmbito de uma consulta e os recursos disponíveis para a satisfação dessas necessidades.

Desta forma, uma das funções do terapeuta consiste em avaliar os recursos que existem na comunidade em resposta aos problemas/necessidades identificados, assim como a capacidade do indivíduo reagir e aplicar esses recursos disponíveis (Calvo, 2011).

Numa abordagem socioterapêutica, o terapeuta tem o papel de esclarecer, fornecer informações de suporte, nomeadamente de apoio social, ajudar a pessoa a refletir acerca da sua situação social e das soluções possíveis. O terapeuta informa e educa a família, fornecendo conhecimentos acerca dos direitos e obrigações, bem como dos recursos da comunidade (Calvo, 2011).

No serviço de psiquiatria do CHON, que funciona em articulação com os outros serviços, foi realizada uma intervenção socioterapêutica que decorreu no momento da alta de uma utente.

Desta forma, a intervenção decorreu em resultado de um pedido de apoio do serviço ortopedia ao serviço de psiquiatria e saúde mental, destinado a uma utente que havia perdido a filha há cerca de um ano e que neste momento apresentava pouco apoio familiar, tendo sido discutidos com a utente os diferentes recursos na comunidade que lhe poderiam dar resposta, de acordo com as suas necessidades. No final da intervenção, a utente ficou mais consciente das respostas existentes ao nível da comunidade para poder tomar a sua decisão.

No decurso do ensino clínico I foi realizada uma reunião comunitária e teve como principal objetivo reforçar a informação das regras do serviço e esclarecer os utentes acerca das mesmas, assim como ouvir os utentes acerca das alterações que sugeriam e a devida justificação. Desta forma, esta terapia desenvolvida com os utentes do serviço de internamento de psiquiatria integra-se no domínio da socioterapia que consiste num tratamento que coloca a sua ênfase na modificação do ambiente e melhoria das relações interpessoais, em vez de intervir em fatores intrapsíquicos.

Através do desenvolvimento de uma reunião comunitária com utentes do serviço de internamento de psiquiatria do HDS foi possível auscultar a opinião destes utentes, face às informações que deveriam ter recebido no momento do acolhimento, e, que por motivos inerentes à sua situação de admissão não foram fornecidas na íntegra, sendo percecionadas por estes ao longo dos dias de internamento, e suscitando dúvidas e questões.

O Guia para a defesa dos direitos em saúde mental (2006) faz referência à necessidade de advocacia como forma de combater a discriminação que a pessoa com problemas de saúde mental enfrenta. A defesa dos direitos da pessoa em saúde mental pressupõe assegurar que a pessoa possa manifestar-se e expressar a sua opinião, e defender os seus interesses.

O que se verifica frequentemente é que a pessoa que sofre de doença mental é estigmatizada, e por conseguinte as suas ideias ou opiniões são raramente tidas em consideração, ou por outro lado não possui o acesso às oportunidades de escolha mediante determinadas situações.

Segundo o guia para a defesa dos direitos em saúde mental (2006, p.2) a defesa dos direitos em saúde mental na sua forma mais simples pode “significar apenas escutar alguém atentamente”. Este documento faz ainda referência que a advocacia em saúde mental é um processo que possibilita apoiar as pessoas, a expressarem as suas opiniões e preocupações, terem acesso á informação e aos serviços, poderem defender o seus direitos e responsabilidades, explorarem as suas opções de escolha, e obterem livre escolha. A hospitalização em contexto de internamento psiquiátrico, seja voluntario ou compulsivo (com base na Lei nº 36/98), pode ser um processo confuso, e a pessoa internada acaba por ter a perceção que lhe foi retirado o poder sobre si mesma, ou seja o seu direito de ser informado, e envolvido no seu tratamento e prestação de cuidados.

Assim podemos afirmar que as pessoas que sofrem de perturbações mentais, em virtude da sua vulnerabilidade psicológica e da situação de desvantagem social em que muitas vezes se encontram, são frequentemente vítimas de violações dos direitos e liberdades fundamentais.

O que seria desejável nas instituições é que ocorressem propostas de participação da comunidade internada, dando ênfase não apenas à dimensão técnica das práticas, mas também à sua dimensão ética, e que se priorizasse o diálogo com a comunidade internada, auscultando as suas opiniões e dificuldades, envolvendo assim a pessoa no seu tratamento e prestação de cuidados.

Neste sentido, um dos aspetos a que temos de atender na pessoa com doença mental internada consiste na gestão do seu ambiente, durante o internamento, acerca do qual o utente tem uma palavra a dizer, pelo que é importante que o enfermeiro consiga compreender e identificar as necessidades do serviço em relação ao utente.

No que se refere às intervenções de âmbito psicoterapêutico, estas foram sendo desenvolvidas no âmbito dos diferentes ensinios clínicos, tal como foi mencionado nos pontos anteriores.

Esta terapia tem como objetivo aumentar o sentimento de bem-estar do indivíduo. A intervenção psicoterapêutica emprega uma variedade de técnicas baseadas na

construção de relacionamento experiencial, diálogo, comunicação e mudança de comportamento que são planeados para melhorar a saúde mental de um cliente ou paciente, ou para melhorar as relações de grupo (Caballo, 1996).

A *psicoterapia* é um processo que tem por base o relacionamento interpessoal intencional usado por psicoterapeutas treinados para ajudar um cliente ou paciente a ultrapassar os seus problemas de vida.

A psicoterapia é um processo de exploração do funcionamento psicológico do cliente com a ajuda do terapeuta, levando a um maior autoconhecimento em relação a fatores como a influência dos acontecimentos na história pessoal, a personalidade e padrões de relacionamento interpessoal. Assim, este processo propõe ao cliente uma oportunidade de aprender a comportar-se, a sentir e a pensar diferentemente, de forma a desenvolver uma maneira mais produtiva e feliz de estar na vida (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio & Argimon, 2009).

No âmbito dos ensinamentos clínicos I e III foi desenvolvido o projeto de investigação, cujo tema consistiu: O impacto da psicoterapia na redução da ansiedade em doentes deprimidos.

Desta forma, foram implementadas 6 sessões de psicoterapia individual aos utentes internados no serviço de psiquiatria que reunissem os critérios de inclusão. As sessões foram planeadas no sentido de dar resposta às necessidades dos utentes, visando a redução da sua ansiedade e serão descritas de seguida.

1ª Sessão:

A primeira sessão intitulava-se “ O que sabe acerca da sua doença? ” e tinha por tema a depressão/ansiedade. Numa fase inicial, antes de ser dado início a qualquer tratamento é importante verificar o nível de conhecimentos da pessoa acerca da sua patologia. Neste caso, é importante que os utentes deprimidos conheçam o que é a depressão e a forma como esta se encontra estritamente relacionada com a ansiedade, o que se encontra

devidamente documentado e consiste num dos sintomas mais referenciados pelos utentes com diagnóstico de depressão.

A ansiedade consiste numa resposta emocional que se manifesta por apreensão, tensão e inquietação, em antecipação ao perigo, cuja fonte é ou não conhecida. De forma geral, a ansiedade é um mecanismo de defesa normal do indivíduo, podendo ser considerada patológica quando interfere com a eficácia da vida diária, com a satisfação dos objetivos desejados ou com o conforto e equilíbrio emocional (Townsend, 2011).

A ansiedade diferencia-se dos conceitos de stress e de medo. O stress consiste numa pressão externa que é exercida sobre o indivíduo, enquanto a ansiedade é uma resposta emocional subjetiva a esse stressor. O medo é um processo cognitivo, ao passo que a ansiedade é um processo emocional (Townsend, 2011).

Os indivíduos ansiosos são menos tolerantes às incertezas, podendo avaliar determinadas situações da vida diária como potencialmente perigosas ou com um desfecho negativo, gerando assim preocupações excessivas. Algumas das manifestações clínicas mais frequentes de ansiedade consistem na preocupação excessiva e na hiperexcitabilidade persistente, levando a manifestações físicas incontroláveis relacionadas com a tensão (Knapp, 2004).

Na ansiedade, a preocupação pode funcionar como um reforçador negativo (diminuindo a reatividade fisiológica ao processamento emocional), o que a par com a superestimação de uma probabilidade e o pensamento catastrófico constituem as distorções cognitivas presentes nos indivíduos com ansiedade.

Os indivíduos ansiosos têm uma predisposição para reagir negativamente diante de situações incertas, independentemente da probabilidade destas ocorrerem ou da consequência expectável dessas situações.

Desta forma, atendendo a todos os aspetos que foram descritos acerca da ansiedade verifica-se uma forte correlação entre a ansiedade e a depressão, pois nelas são bem demarcadas as distorções cognitivas que geram os pensamentos automáticos e a forte tendência do utente para a catastrofização.

De acordo com um estudo realizado por investigadores da Universidade de Western Ontário (Canadá), existe uma relação biológica entre stress, depressão e ansiedade. Stephen Fergusson (2010) mostrou como é que o stress e a ansiedade conduzem à depressão (Natures Neuroscience, 2010).

Segundo Kendell (1983), o diagnóstico da depressão passa para ansiedade em 2% dos casos e, no sentido inverso em 24% dos casos. De acordo com Lesse (1982) refere que é comum a evolução do stress para a ansiedade e, posteriormente para a depressão (Knapp, 2004)

Atendendo aos aspetos supramencionados e dada a forte correlação entre ansiedade e depressão, conclui-se que ao se pretender intervir na redução da ansiedade em doentes deprimidos, é importante ter-se presente quais as intervenções mais eficazes no tratamento da depressão, permitindo-nos reduzir a sintomatologia ansiosa.

Desta forma, é importante realçar junto do utente, aquando da apresentação e discussão do seu plano terapêutico, a razão de se intervir quer no âmbito da depressão quer da ansiedade. A capacitação do utente para gerir a sua doença é fundamental, pelo que a transmissão de uma maior informação acerca da sua patologia, bem como das estratégias terapêuticas disponíveis, são cruciais para atribuição de um maior *empowerment* do utente, promovendo o seu envolvimento e poder de decisão ao longo de todo o processo terapêutico que se irá desenhar.

2ª Sessão:

A segunda sessão tinha por título “Como sou eu?” e o tema consistia na autoestima. A autoestima é descrita como um *sine qua non* emocional, um componente que é essencial para a sobrevivência psicológica. Consiste na noção que o próprio individuo tem do seu valor e sem ela a vida pode ser extremamente dolorosa, com algumas necessidades básicas a não serem satisfeitas e comprometendo a vida do individuo (Townsend, 2011; Walkaria, 2008).

O facto de o individuo ter consciência de si próprio (isto é, a capacidade de formar uma identidade e depois associar-lhe um valor) é um fator que o diferencia dos outros animais (Townsend, 2011).

A autoestima diminuída é muito comum em doentes deprimidos, pelo que é um dos aspetos em que é importante intervir e promover no individuo. A promoção da autoestima consiste em conseguir com que o individuo se deixe de julgar de forma negativa a si próprio, ajudar a modificar o modo como o individuo se percebe e sente em relação a si mesmo (Townsend, 2011).

Existem dois conceitos que se encontram estreitamente relacionados e que é importante focar que consistem nos seguintes: autoconceito e autoestima.

No que se refere ao autoconceito, este consiste na componente cognitiva, na totalidade de um sistema complexo, organizado e dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e crenças que cada pessoa tem como verdadeiras acerca de si. As duas componentes do autoconceito consistem no *self* físico/imagem corporal e identidade pessoal. A imagem corporal consiste numa perceção subjetiva da aparência física com base na auto e heteroavaliação. Esta imagem corporal muitas vezes pode não coincidir com a sua aparência real. A identidade pessoal está relacionada com o *self* moral ético (identidade pessoal que avalia o que o individuo é), a consistência do *self* (componente da identidade que tenta manter uma imagem estável do próprio), *self* ideal/ expectativa do *self* (perceção de um individuo do que quer fazer, ser ou tornar-se). Desta forma, ao avaliarmos o autoconceito temos de ter subjacente a avaliação destes aspetos junto do individuo (Townsend, 2011).

No que concerne à autoestima esta corresponde ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si mesmos e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos. Segundo Maslow (1970) os indivíduos devem alcançar uma autoestima positiva antes de poderem alcançar a autorrealização. Com um valor próprio positivo os indivíduos conseguem adaptar-se com sucesso às exigências associadas às crises situacionais e de amadurecimento. A capacidade dos indivíduos se adaptarem a estas mudanças é comprometida quando têm baixa de autoestima. Tal como a imagem

corporal e a identidade pessoal, o desenvolvimento da autoestima é largamente influenciado pelas percepções de como um indivíduo é visto pelas pessoas significativas (Townsend, 2011; Walkaria, 2008).

O desenvolvimento da autoestima depende de alguns fatores, designadamente o poder (sentimento de controlo sobre a sua situação de vida), significado (sentimento de afetividade e de pertença), virtude (as ações refletem um conjunto de valores morais, pessoais, morais e éticos), competência (desempenho bem sucedido) e fronteiras definidas consistentemente (estilo de vida estruturado) (Townsend, 2011).

Desde a infância a promoção da autoestima, deve ser um papel central dos pais, através de um encorajamento junto dos filhos de um sentido de competência (a criança não tem que ser a melhor, mas apresentar o seu maior esforço pessoal), amor incondicional (criança sente-se amada independentemente do sucesso ou fracasso), sentido de sobrevivência (criança aprende a crescer com os fracassos), objetivos realistas (alcançar objetivos que se coadunam com as capacidades), sentido de responsabilidade e orientação para a realidade, as repostas dos outros (atribuição de significado ao feedback dos outros), fatores hereditários (relacionados com fatores genéticos, como a aparência física) e condições ambientais (ex.: ambiente académico) (Townsend, 2011).

O desenvolvimento da autoestima progride durante a vida. Erikson descreve 8 crises de transição, cuja resolução podem ter uma influência considerável no desenvolvimento da autoestima do indivíduo. Se a fase tiver uma resolução positiva, o indivíduo desenvolve estratégias de *coping* eficazes que permitem uma boa resolução das fases seguintes, bem como de outras crises situacionais e de maturação subsequentes (Townsend, 2011).

No que se refere às manifestações de autoestima, é importante realçar que os indivíduos com baixa de autoestima se veem a si mesmos como incompetentes, não passíveis de serem amados e inseguros. Podem ser identificadas um conjunto de categorias de estímulos que originam estes comportamentos e que se subdividem em três tipos: focais, contextuais e residuais (Townsend, 2011):

- Focais - Preocupações imediatas que ameaçam a autoestima, tais como: término de uma relação significativa, perda de emprego, reprovação num exame, etc.
- Contextuais: Estímulos presentes no ambiente de um indivíduo e que contribuem para o comportamento, tais como: filho de uma relação ficar emocionalmente incapacitado em resposta ao divórcio, idade avançada interfere com aquisição de emprego, entre outros.
- Residuais: Fatores que podem influenciar o comportamento mal-adaptativo de um indivíduo, tais como: criação de uma atmosfera de ridicularização e depreciação pode afetar a adaptação atual ao insucesso num exame.

Os sintomas de baixa autoestima consistem nos seguintes: perda de apetite/perda de peso; comer demais; obstipação ou diarreia; distúrbios do sono; hipersônia; queixas de fadiga; má postura corporal; afastamento das atividades; dificuldade em iniciar novas atividades; diminuição da libido; diminuição do comportamento espontâneo; expressão de tristeza, ansiedade ou desânimo; expressão de sentimentos de isolamento; medo de irritar os outros; evitar situações de autoexposição ou exposição pública; tendência a permanecer em segundo plano; ser ouvinte em vez de participante; sensível a críticas, consciente de si próprio; expressão de sentimentos de desamparo; diversas queixas de dores; expressão de ser-se incapaz de fazer alguma coisa boa ou produtiva; expressões de auto-depreciação, não gostar de si próprio e insatisfação consigo próprio; negação de sucessos/realizações anteriores e da possibilidade de sucesso nas atividades atuais; sentimento de que o que fizer vai falhar ou não vai ter sentido; ruminação sobre os problemas; procurar reforço de outros; fazer esforços para obter favores, mas não dar reciprocidade a este comportamento; ver-se a si mesmo como um fardo para os outros; alienação dos outros ao apegar-se e preocupações consigo próprio; autoacusações; exigir reconforto, mas não o aceitar; comportamento hostil; zangado consigo próprio e com os outros, mas incapaz de expressar esses sentimentos diretamente; diminuição da capacidade de fazer face a responsabilidades; diminuição do interesse, motivação, concentração; e diminuição no autocuidado de higiene.

O estabelecimento de fronteiras (espaço pessoal, tanto físico, como psicológico, que os indivíduos identificam como seu) ajudam o indivíduo a definir o *self* e fazem parte do

processo de individualização. Desta forma, os indivíduos que têm uma boa consciência das suas fronteiras têm uma autoestima saudável, pois conhecem o seu *self* interior (crenças, pensamentos, sentimentos, decisões, escolhas, sensações), o que nas pessoas com depressão e ansiedade se encontra alterado e marcado pela catastrofização e pela perspectiva negativa de si mesmo (Townsend, 2011).

Atendendo a estes aspetos, torna-se relevante ajudar os utentes deprimidos a melhorarem a sua autoestima, ajudando-os a compreender a importância de identificarem o seu nível de autoestima, reconhecerem o conceito que têm de si e ajudá-los a adquirir estratégias que lhes permitam aumentar estas dimensões.

3ª Sessão

O título desta sessão consistia em “Pensamento positivo” e o tema era a reestruturação cognitiva. O modelo cognitivo da depressão propõe que os sintomas cognitivos, motivacionais e vegetativos da depressão podem ser causados e mantidos por distorções em três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças subjacentes e crenças nucleares, o que consiste na tríade cognitiva de depressão, de acordo com a qual a pessoa deprimida está em sofrimento pela visão negativa de si próprio, do seu ambiente e futuro (Knapp, 2009).

Os pensamentos automáticos consistem nas cognições que se encontram no nível mais superficial da consciência e refletem a dimensão cognitiva específica do transtorno depressivo. Por estarem mais acessíveis à consciência são as primeiras cognições a serem identificadas e trabalhadas no tratamento (Knapp, 2009).

Por outro lado, ainda estão inerentes as crenças subjacentes que são constituídas por pressupostos e regras que governam a relação do indivíduo com o mundo, bem como as crenças nucleares que consistem num conjunto específico de ideias e conceitos acerca de si e do mundo desenvolvidos precocemente e que são o resultado de um processo contínuo de aprendizagem, moldado pelas experiências existenciais do indivíduo e pela identificação de outras pessoas que lhe sejam importantes (Knapp, 2009).

Os esquemas, as crenças subjacentes e os pensamentos automáticos moldam de forma constante e automática as percepções e interpretações dos eventos. Com o quadro clínico de depressão, estes esquemas disfuncionais são salientados e reforçados, verificando-se que mesmo com a resolução do quadro clínico, estes esquemas permanecem latentes se não forem adequadamente trabalhados (Knapp, 2009).

A mudança nas cognições começa com a identificação de que fator reforça e mantém o pensamento e o comportamento desadaptado do utente. Neste processo uma das mais importantes etapas consiste em que os utentes monitorizem os seus próprios pensamentos e sentimentos. Para realizarem esta monitorização, os utentes podem ser ajudados a fazê-lo, incentivando-os a efetuarem o registo de um formulário diário de pensamentos automáticos e disfuncionais. Desta forma, os utentes passam a aprender a realizar a distinção entre sentimentos, pensamentos e respostas adaptadas à situação, bem como a conexão entre certos pensamentos e emoções e comportamentos desadaptados (Stuart, 2001).

O próximo passo consiste no questionamento das evidências, ou seja, estimular o utente a questionar as suas próprias evidências acerca de um determinado pensamento com a equipa, família e outros membros da comunidade e de apoio social, de modo a serem esclarecidos alguns erros de informação e se obterem interpretações mais realistas e apropriadas das evidências (Stuart, 2001).

De seguida é ainda importante trabalhar com os utentes o exame de alternativas, dado que muitos pacientes consideram que já perderam todas as opções. Assim, pretende-se gerar opções adicionais com base nos pontos fortes do utente e nos seus recursos (Stuart, 2001).

Nos utentes deprimidos e em ansiedade é também importante trabalhar a técnica da descatastrofização e que consiste em ajudar os utentes a identificarem se estão a superestimar um determinado problema e levá-lo a ver que as consequências das ações da vida não estão na base do “tudo ou nada” e que são menos catastróficas (Stuart, 2001).

A técnica do reenquadramento é também aplicada como uma estratégia que muda a percepção de uma determinada situação ou comportamento. Tem subjacente o envolvimento de um foco noutras aspetos do problema do utente ou um incentivo para que ele veja a questão numa perspetiva diferente. Desta forma, esta estratégia cria uma oportunidade para ajudar a desafiar o significado de um problema, pois se este mudar, a resposta da pessoa também mudará (Stuart, 2001).

Por fim, pode-se recorrer à técnica de cessação do pensamento, dado que um pensamento disfuncional tem tendência em assumir uma proporção de importância crescente para o utente. Desta forma, o doente identifica o seu pensamento e fala sobre ele, até que o enfermeiro interrompe o pensamento dizendo “pare”. O objetivo é que o próprio doente assuma a capacidade de o fazer de forma similar e silenciosa. Contudo, esta técnica tem maior eficácia no início do pensamento disfuncional, não sendo facilmente usada noutras situações (Stuart, 2001).

4ª Sessão

A quarta sessão tem o título de “ Vamos aprender a resolver os nossos problemas... ” e o tema é a aplicação do método orientado para a solução de problemas. Uma das grandes dificuldades dos utentes com diagnóstico de depressão e sintomatologia ansiosa consiste na dificuldade em resolver os problemas do dia-a-dia, atendo à falta de estratégias de *coping* desenvolvidas por estes indivíduos, bem como às suas distorções cognitivas que não lhes permitem encarar o problema de uma forma clara. O exemplo de uma abordagem que pode ser implementada consiste no método centrado na solução de problemas.

O modelo centrado na solução de problemas centra-se nas sequências interacionais no presente. A finalidade deste método consiste em descrever os problemas, as tentativas de resolução que falharam, ou seja, esforços que mantêm acidentalmente o problema. A utilização deste método trata-se de um modo de pensar que se interessa, em primeiro lugar, não pelo problema mas pela busca de soluções, mesmo que pareçam difíceis e longínquos, e dos meios para as alcançar (Caballo, 1996).

A psicoterapia orientada para as soluções demarca-se pelo facto de se centrar nas soluções existentes e nas habilidades manifestadas pelo cliente no interior da própria situação problemática. Através deste método, a principal finalidade é procurar exceções positivas no desenrolar do problema e utiliza estas possibilidades como fatores de mudança para ajudar a pessoa a resolver as suas dificuldades (Caballo, 1996).

A acentuação dos atributos positivos que a pessoa tem, sendo o papel do enfermeiro especialista, ajudar o individuo a conceber objetivos positivos orientados para o futuro e a determinar ações para alcançar esses objetivos (Caballo, 1996).

Desta forma, podemos afirmar que este método terapêutico se baseia numa conceção positiva da pessoa. Este consiste num método que assenta nas competências das pessoas ao invés das suas insuficiências, nas suas capacidades e não nas limitações, nos seus pontos fortes e não nos pontos fracos (Caballo, 1996).

Este tipo de psicoterapia orientada para as soluções apoia-se num conjunto de premissas, que consistem nas seguintes (Caballo, 1996).

- O cliente tem recursos para resolver os seus problemas, devendo ser considerado um participante ativo em todo o processo terapêutico;
- O conhecimento aprofundado acerca do problema não é o elemento indispensável para a sua resolução, sendo necessário saber o que se passa quando o problema está ausente ou menos presente.
- Uma pequena mudança gera outras mudanças mais importantes, pois a obtenção de uma mudança positiva eleva o otimismo e a confiança para abordar outras mudanças.
- Não há apenas uma forma de perceber e dar sentido aos problemas e às soluções.

Durante a implementação do método, na entrevista que é realizada ao utente, pode-se recorrer a algumas técnicas que visam reconhecer a competência do utente e ajudam a compreender como encontrou soluções no passado e na forma como pode descobrir novas soluções. Alguns exemplos destas técnicas consistem na normalização (interpretar as situações, destacando a sua normalidade), sincronização com a linguagem do utente

(aproximar a linguagem do terapeuta à do utente para favorecer o contacto), reconhecimento das forças do cliente e reenquadramento (explicação verbal que muda o sentido conceptual e emocional de uma situação) (Caballo, 1996).

A psicoterapia orientada para as soluções é um método adequado e dirigido a utentes que apresentam dificuldades na gestão de sintomas e de comportamentos relacionais, de adaptação aos problemas diários ou da gestão do stress e ansiedade (Caballo, 1996). Desta forma, este é um método passível de ser aplicado com bons resultados em doentes deprimidos e ansiosos.

5ª Sessão

O título consiste em “Eu consigo gerir a minha ansiedade” e o tema é a gestão da ansiedade. A ansiedade pode referir-se quer a um estado emocional, designando-se por estado de ansiedade, como a uma característica da personalidade, o que consiste no traço de ansiedade. A primeira opção ocorre como uma reação temporária a um acontecimento sentido como ameaçador, enquanto a segunda corresponde a uma tendência para o individuo encarar todos os acontecimentos neutros como potenciais geradores de stress e de um estado de ansiedade como reação a esses acontecimentos (Payne, 2003).

Desta forma, a ansiedade é um estado que tende a acompanhar diversas patologias, nomeadamente a depressão, e está naturalmente presente nas situações adversas (Payne, 2003).

O controlo da ansiedade não tem uma definição específica, dado que não existe um tratamento específico e não existe qualquer método padrão. Na verdade, a gestão da ansiedade é uma abordagem geral que permite a aquisição de algumas competências para lidar com este estado. Contudo, existem alguns métodos que apontam algumas linhas comuns, designadamente (Payne, 2003):

- Reestruturação cognitiva: modificação de padrões conscientes de pensamento.

- Treino de competências sociais e de assertividade.

-Técnicas de relaxamento.

- Auto-monitorização, o que consiste em reconhecer as situações que provocam maior ansiedade, registar a sua ocorrência e verificar o nível de stress que origina.

A auto-monitorização promove e estimula a assunção de uma visão mais objetiva acerca de si próprio e das situações que vivencia, assim como em simultâneo permite registar os progressos. De acordo com a revisão sistemática de alguns estudos, a simples monitorização aumenta a probabilidade de ocorrência de comportamentos desejados e diminui a ocorrência dos menos desejados e menos eficazes. Este fenómeno é conhecido por reatividade da monitorização (Payne, 2003).

Para além das técnicas de relaxamento, existem outras técnicas e comportamentos que o utente pode adotar no seu dia-a-dia e que ajudam a reduzir a ansiedade, nomeadamente a prática regular de exercício físico, a maior interação social, realização de atividades prazerosas e de distração, uma alimentação saudável, boa gestão das atividades diárias, padrão de sono e de repouso, entre outros (Payne, 2003).

As técnicas de gestão de ansiedade devem ser ajustadas às necessidades individuais do utente que experienciam esta manifestação.

6ª Sessão

O título desta sessão é “Vamos relaxar...” e o tema consiste no relaxamento. O termo “relaxamento” é geralmente associado aos músculos, sendo conceptualizado no âmbito do senso comum como um método de alívio da tensão e alongamento das fibras musculares, em oposição à contração que acompanha a tensão muscular. Contudo, esta definição genérica apenas contempla a dimensão física desta técnica, não englobando a componente mental. Numa definição mais alargada, Ryman (1995) define que o relaxamento consiste num estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo. Desta forma, esta definição já nos remete para os

aspectos biológicos do relaxamento, que pode ser induzido pela utilização de métodos físicos, mas também de métodos psicológicos (Payne, 2003).

O relaxamento tem três objetivos terapêuticos principais. Pode ser utilizado como medida preventiva, de forma a proteger os órgãos do corpo do desgaste, principalmente dos que estão envolvidos com doenças relacionadas com o stress; como tratamento, para ajudar a aliviar o stress em determinados problemas como a hipertensão, cefaleias de tensão, insónia, asma, deficiência imunológica, entre outras; e para reduzir a ansiedade e acalmar a mente, dado que o stress pode prejudicar o indivíduo mentalmente, enquanto o processo de relaxamento torna a informação positiva mais acessível (Payne, 2003).

Os mecanismos que se pensam estar associados ao estado de relaxamento estão relacionados com diferentes teorias, nomeadamente teorias fisiológicas (ação dos sistemas: endócrino, autónomo e musculatura esquelética) e teorias psicológicas (teoria cognitiva, comportamental, cognitivo-comportamental) (Payne, 2003; Knapp, 2009).

De acordo com Meichenbaum e Cameron (1974), o relaxamento encontra-se estritamente relacionado com a implementação de uma abordagem cognitivo-comportamental, na medida em que um diálogo interno positivo leva à concretização de objetivos e estimula a confiança, pelo que esta abordagem foi concebida para dar ao indivíduo um maior sentimento de confiança e de proteção contra o stress desnecessário (Payne, 2003).

O relaxamento consiste apenas numa das abordagens ao controlo do stress e gestão da ansiedade. As técnicas de relaxamento utilizadas são diversas, subdividindo-se em técnicas de relaxamento profundo (procedimentos que geram efeito de grande amplitude e que são executados num ambiente calmo e em posição horizontal) e superficial (versão curta das de relaxamento profundo, tendo por objetivo um efeito imediato, libertação rápida de tensão), ou ainda em técnicas físicas (ex.: relaxamento progressivo de Jacobson, método de Mitchell, relaxamento diferencial, alongamentos, métodos de respiração, técnica de Alexander, entre outros) e psicológicas (auto-consciencialização, fantasiar, treino autogénico de Shultz, meditação, resposta de relaxamento de Benson) (Payne, 2003).

A sessão de relaxamento usada na sessão baseia-se na implementação da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e na técnica de respiração abdominal.

A respiração tem uma estreita relação com os estados emocionais, alterando-se perante quadros ansiosos, de medo, em que se torna mais rápida e superficial. Desta forma, conclui-se que a respiração é afetada pelas nossas emoções e estado psicológico. Todavia, a respiração também pode ser utilizada com um objetivo inverso, ou seja, como uma forma de se obter um maior relaxamento e tranquilidade. Desta forma, a técnica da respiração abdominal é de grande relevância para promover o relaxamento e diminuir algumas situações pontuais de maior ansiedade, sendo com esse intuito que se pretende ensiná-la e treiná-la junto dos utentes (Payne, 2003).

A técnica de relaxamento progressiva de Jacobson considera a existência de uma atividade integrada entre a mente e os músculos. Desta forma, tal como uma mente calma reflete um corpo liberto de tensão, assim também uma musculatura descontraída é automaticamente acompanhada pela tranquilização dos pensamentos e redução da atividade simpática. Apesar dos bons resultados apresentados pela técnica de Jacobson, esta foi considerada pouco atrativa, tal como se apresentava originalmente, tendo sido necessário encurtá-la. Desta forma, surge uma variante desta técnica: “Treino de relaxamento progressivo”. Esta técnica assenta no pressuposto de proporcionar o relaxamento de grupos específicos de músculos e, simultaneamente, despertar a atenção do participante para as sensações de tensão e de relaxamento, distinguindo-as. Os objetivos desta técnica consistem nos seguintes (Payne, 2003):

- Atingir um estado de relaxamento profundo em períodos gradualmente mais curtos;
- Controlar o excesso de tensão perante agentes do stress.

Numa sessão de relaxamento deste tipo, é trabalhada uma sequência de contração e descontração de 16 grupos musculares, que vão sendo reduzidos a 7 e depois a 4, de forma sucessiva. De forma progressiva a tensão é eliminada, atingindo-se o estadió designado por “relaxamento através do pensamento”. A eficácia desta técnica depende

essencialmente das competências que vão sendo adquiridas nos diferentes estádios (Payne, 2003).

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Enfermagem, como qualquer outra ciência, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação (Ordem dos enfermeiros, 2006).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), a investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura promover e melhorar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde, tais como a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza investigativas (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista, o enfermeiro especialista suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro).

Desta forma, no âmbito do ensino clínico I e III foi realizado um estudo de investigação, cujo título consiste "O impacto da psicoterapia na diminuição da ansiedade em doentes deprimidos".

3.1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

Segundo dados recentes, a depressão é a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as doenças e problemas de saúde mais relevantes, sendo os custos pessoais e sociais da doença muito elevados. A depressão é considerada pelo Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública, dado que segundo os dados estatísticos, uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, irá sofrer ou sofreu de depressão, assim como um em cada cinco dos utentes dos cuidados de saúde primários portugueses se encontra deprimido aquando da primeira consulta (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo a DSM IV, o que caracteriza um episódio depressivo major consiste no humor depressivo ou perda de interesse, em quase todas as atividades, durante um período nunca inferior a duas semanas. O indivíduo deve sentir também, pelo menos quatro dos sintomas adicionais seguintes: alterações no apetite ou no peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar; concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (Ross, 2004).

Para que o diagnóstico de episódio depressivo major esteja presente, o sintoma deve permanecer ou ter piorado de forma clara, quando comparado com a situação anterior. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante, pelo menos, duas semanas consecutivas. O episódio é acompanhado de distress ou redução da sociabilidade, capacidade de trabalho ou outras áreas relevantes para o funcionamento (Monteiro, 2012).

+De acordo com a OMS (2000), a depressão é uma doença mais comum nas mulheres do que nos homens, sendo a prevalência de episódios de depressão unipolar de 1,9% nos

homens e de 3,2% nas mulheres. A depressão pode ser episódica, recorrente ou crónica, e conduz à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do dia-a-dia. Contudo, em cerca de 20 % dos casos torna-se uma doença crónica sem remissão, pelo que é urgente a necessidade de diagnóstico e de estabelecer um tratamento adequado (Ministério da saúde, 2010).

A valorização dos quadros de depressão deverá estar presente nos profissionais de saúde, designadamente na avaliação feita por um enfermeiro especialista em saúde mental, na medida em que pode afetar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade, e se não for tratada, pode conduzir ao suicídio, uma consequência frequente da depressão. Estima-se que esta doença esteja associada à perda de 850 mil vidas por ano, mais de 1200 mortes em Portugal (Ministério da saúde, 2010).

A depressão é uma patologia que se diferencia das normais mudanças de humor pela gravidade e permanência dos sintomas. Os sintomas mais comuns consistem nos seguintes: alterações do apetite, perturbações do sono, fadiga e astenia, baixa de autoestima, falta de autoconfiança, desinteresse pela vida, alterações da libido, irritabilidade e algumas manifestações de sintomas físicos. É importante realçar que a depressão está muitas vezes associada à ansiedade, sendo os quadros ansiosos uns dos mais comuns (Neto, 2012)

3.1.1 A depressão e a ansiedade

Segundo Neto (2012), citando Spielberger, (2003), a ansiedade primária consiste num fenómeno adaptativo necessário ao homem para enfrentar as situações do quotidiano, com duração e intensidade que variam de indivíduo para indivíduo e de acordo com as diferentes situações (Andrade *et al.*, 1998).

De acordo com a informação científica obtida nalguns estudos realizados, os estados depressivos proporcionam uma sensação de insegurança, o que gera uma grande ansiedade. Perante diversas situações que podem, por algum motivo representar uma

ameaça ao doente deprimido, tais como viajar sozinho, esperar numa fila do banco ou sentir-se avaliado, geram insegurança no indivíduo e, conseqüentemente um quadro de ansiedade. Esta ansiedade que poderia ser apenas uma reação normal torna-se patológica devido ao aumento exagerado e desproporcionado da sua intensidade e frequência (Monteiro, 2012).

A ocorrência de sintomas depressivos em doentes com transtornos ansiosos parece ser muito frequente. Segundo Fawcet (1983) ocorrem sintomas depressivos em 65% dos doentes ansiosos e Roth (1972) observa num elevado número de doentes sintomas de irritabilidade, ansiedade, fobias, culpa e agitação. Entre os doentes diagnosticados com ansiedade, 65% apresenta sintomas francamente depressivos (Carneiro, s.d.).

No estudo de Stavrakaki e Vargo (1986), em que são reavaliadas as pesquisas dos últimos 15 anos, este sugere as seguintes abordagens relativamente à relação entre a ansiedade e a depressão: a ansiedade e a depressão diferem qualitativamente e a ansiedade associa-se à depressão (Carneiro, s.d.).

Existem outros variados estudos que têm procurado estabelecer se a ansiedade é uma co-morbilidade, causa ou consequência da depressão. Há ainda a teoria unitária de que as duas modalidades sintomáticas seriam apenas uma doença. Contudo, um elevado número de autores não acredita nesta teoria unitária, apesar de quase todos considerarem existir uma correlação muito forte entre ambas, nomeadamente da necessidade de que haja um substrato afectivo e de carácter depressivo para que a ansiedade se manifeste de forma patológica (Carneiro, s.d.).

De acordo com o estudo de Mineka (1998), a base cognitiva da ansiedade-depressão está sob o enfoque da percepção do humor congruente dos estados ansiosos e conclui que a insegurança típica dos estados ansiosos pode ser melhor compreendida à luz de uma auto-percepção pessimista e representação negativa da realidade, ambos de conotação depressiva (Neuroscience, 2012).

Segundo outros autores, a depressão apresenta-se como uma compilação dos transtornos ansiosos ou então os sintomas ansiosos são comuns nas doenças depressivas primárias

(Rodney, 1997). De acordo com Paykel (1971), Downing e Rikels (1974), Schatzberg e cols (1983), existem quadros mistos de ansiedade e depressão que exigem terapias diferentes dos grupos isolados, verificando-se que quando as duas manifestações coexistem a evolução é mais crónica e a resposta às terapêuticas convencionais é mais reduzida e o prognóstico é pior (Carneiro, s.d.).

Para Stavrakaki e Vargo (1986), a posição unitária entre ansiedade e depressão é baseada na superposição da sintomatologia das duas síndromes, na falta de estabilidade do diagnóstico clínico entre elas, na similaridade de pacientes ansiosos com os sem depressão secundária em diversas variáveis, na tendência dos pacientes com estados ansiosos prolongados para desenvolver sintomas depressivos, no fracasso em se acharem dimensões nitidamente separadas de ansiedade e depressão pelas escalas de auto-avaliação e na falta de respostas específicas aos tratamentos medicamentosos (Carneiro, s.d.).

Apesar de estudos eletroencefalográficos e sonográficos apontarem, na década passada, diferenças entre os quadros depressivos e ansiosos (Akiskal, 1986), onde a fase REM se instala mais cedo na depressão que na ansiedade, continua a haver uma identidade muito grande entre estes dois estados emocionais no que diz respeito ao tratamento (Carneiro, s.d.).

Tendo por base estes pressupostos de correlação entre ansiedade e depressão, conclui-se que ao se pretender intervir na redução da ansiedade em doentes deprimidos, é importante ter-se presente quais as intervenções mais eficazes no tratamento da depressão, permitindo-nos reduzir a sintomatologia ansiosa.

3.1.2 Formas de tratamento

De acordo com vários autores, os tratamentos mais eficazes no tratamento da depressão consistem nos que associam a farmacoterapia e a psicoterapia, quer no âmbito ambulatorio quer para os doentes internados com depressão grave (Knapp, 2004).

Num estudo de 721 pacientes deprimidos que compararam terapia cognitivo-comportamental (TCC) com antidepressivos tricíclicos, verificou-se que a eficácia de TCC foi superior à da farmacoterapia quando utilizado o Score do BDI (Inventário de Depressão de Beck). Os pacientes submetidos a TCC obtiveram melhoria 70% superior à média dos pacientes tratados com farmacoterapia. Anonuccio Danton e Denelsky (1995), em revisão de estudos clínicos controlados não restritos à TC, sugerem que os tratamentos psicológicos, particularmente a TCC, são pelo menos tão eficazes quanto os medicamentos no tratamento da depressão mesmo grave (Knapp, 2004).

No que concerne ao reaparecimento de sintomas depressivos, isto é às recaídas, durante o tratamento de manutenção com antidepressivos é comum (taxa entre 9 e 57%). De acordo com um estudo realizado pelo mesmo, a terapia cognitiva proporcionou resultados com baixas taxas de recaídas (25%) em comparação com o tratamento clínico com terapêutica medicamentosa (80%) (Knapp, 2004).

Tendo por base a revisão sistemática destes estudos pode-se concluir que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma modalidade terapêutica eficaz no tratamento da depressão leve a moderada, mesmo quando aplicada isoladamente (Knapp, 2004).

Para Beck (1982) “a terapia cognitivo-comportamental baseia-se no pressuposto racional teórico de que o afecto e o comportamento do individuo são determinados pela maneira como ele estrutura o mundo, sendo que as cognições estão baseadas em esquemas previamente desenvolvidos, a partir de experiências anteriores” (Knapp, 2004, p.210).

Segundo o modelo cognitivo da depressão de Beck (1967) ocorrem mudanças no pensamento da pessoa deprimida, sem negar a importância dos fatores biológicos, pois verifica-se que os sintomas depressivos relacionam-se grandemente com as distorções cognitivas de conteúdo negativo (Knapp, 2004).

De acordo com Beck (1967), citado por Knapp (2004), as distorções cognitivas podem ocorrer essencialmente a três níveis, constituindo-se a tríade cognitiva: pensamentos automáticos, crenças subjacentes e crenças nucleares. Após uma crença nuclear ser

formada, ela poderá vir a influenciar a formação de conceitos subsequentes por parte do indivíduo e, se persistir, é incorporada numa estrutura cognitiva duradoura denominada de esquema que funciona com um filtro que codifica e avalia os estímulos que interagem com o indivíduo (Knapp, 2004).

“Uma vez que as crenças nucleares negativas são consideradas um fator crítico de vulnerabilidade cognitiva para a patogênese da depressão, é objetivo da TC tornar conscientes e corrigir tais crenças, no sentido de torná-las mais adaptadas (Clarck & Steer, 1996, citado por Knapp, 2004, p.175).

Para além do tratamento da depressão propriamente dita, a TCC tem demonstrado resultados interessantes na redução e tratamento da ansiedade, havendo alguns estudos realizados nesse domínio.

Na ansiedade a preocupação pode funcionar como um reforçador negativo, responsável por diminuir a reatividade fisiológica ao processamento emocional, sendo que a sobrevalorização de uma probabilidade ou de um pensamento catastrófico consistem em distorções cognitivas presentes nestes indivíduos. De acordo com o mesmo autor “é importante ressaltar que é a interpretação da situação, e não a situação, que induz e mantém a ansiedade” (Knapp, 2004, p.210).

Tal como na depressão, os indivíduos ansiosos e que são menos tolerantes à incerteza, tendem a avaliar certas situações como potencialmente perigosas ou numa perspectiva muito negativa, o que gera preocupações excessivas. (Knapp, 2004; Silva, 2007).

“A terapia cognitivo-comportamental tem-se mostrado eficaz no tratamento de perturbações da ansiedade (Chambless e Gillis 1993; Dobson, 1989; Hollon, et al., 1993, cit. Brewin, 1996) ao abordar os fenómenos humanos sob uma perspectiva biopsicossocial, que inclui a interação entre variáveis cognitivas, afetivas, comportamentais e ambientais.” (Redondo, 2009, p.36).

A TCC considera o modo como o indivíduo processa e interpreta a informação determinante no seu equilíbrio psicológico. Tem como objetivo, focar-se nas cognições,

isto é, no significado que os indivíduos atribuem a eventos externos e internos, nas interpretações que fazem da realidade, nas expectativas e previsões sobre eventos futuros, enquanto variáveis mediadoras dos comportamentos, emoções e reações fisiológicas (Redondo, 2009).

De acordo com este modelo, existe a possibilidade de se aprender a monitorizar, analisar e alterar padrões de processamento da informação. Na presença de um estímulo externo ou interno, considera-se que o indivíduo tem a capacidade de iniciar um processo cognitivo de avaliação da realidade que, como já foi referido anteriormente, pode ser alterado por crenças ou esquemas disfuncionais, isto é, por conceções gerais construídas em experiências anteriores ao longo do seu desenvolvimento, originando automatismos negativos, generalização abstratas seletivas, catastrofização, entre outros aspectos (Knapp, 2004).

Assim, esta forma de psicoterapia “ (...) integra conceitos e estratégias comportamentais e cognitivas que visam a identificação, correção e/ou substituição de comportamentos, esquemas ou crenças disfuncionais e pensamentos distorcidos por outros mais adaptados” (Redondo, 2009, p.37).

Neste sentido, à semelhança dos objetivos terapêutico na depressão, na ansiedade a terapia cognitiva-comportamental pretende reformular a situação ansiogénica, através da alteração de esquemas disfuncionais e pensamentos distorcidos, associados à avaliação que o indivíduo faz de si, dos seus recursos, das suas capacidades e dos eventos, bem como reduzir, corrigir ou alterar comportamentos desajustados, para que o indivíduo seja capaz de novas formas adaptativas de gerir e lidar com a situação (Redondo, 2009).

Atendendo a que as pessoas com ansiedade tendem a avaliar negativamente as informações, quer estas sejam neutras ou ambíguas, é importante auxiliar na identificação da relação entre os pensamentos e a ansiedade. Desta forma a TCC, visa corrigir algumas distorções cognitivas e treinar o indivíduo a identificar os pensamentos automáticos e desenvolver formas de resolução de problemas.

Conclui-se, assim, que a terapia cognitivo-comportamental é uma técnica ajustada ao tratamento da ansiedade como sintoma da depressão.

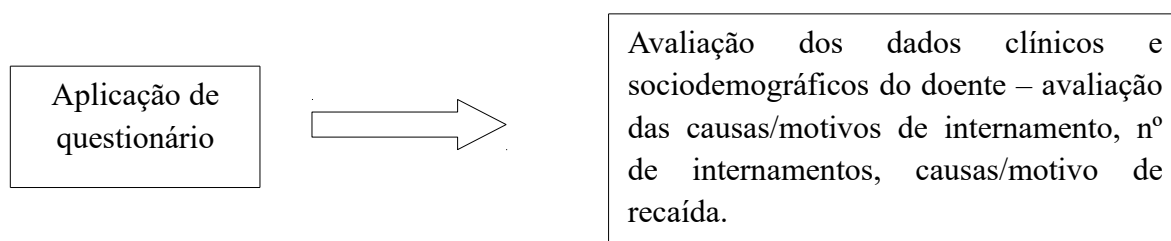
3.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

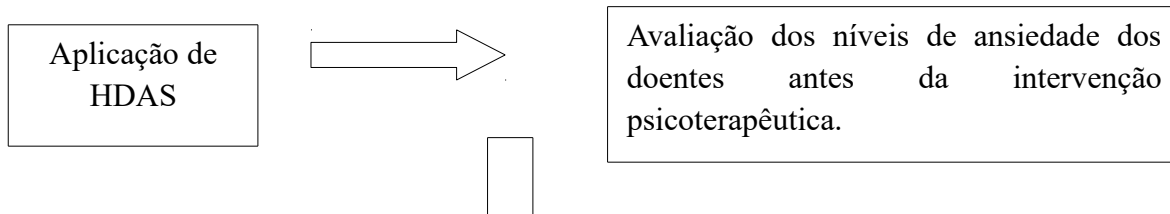
No que se refere ao tipo do estudo, é um estudo longitudinal, quase experimental tipo pré-teste, pós-teste, sem grupo de controlo, com recurso a uma metodologia de estudo de caso múltiplo. Um estudo quase experimental permite avaliar o efeito de variáveis independentes sem as poder controlar ou manipular de forma sistemática. Estes desenhos não têm grupos equivalentes criados pela repartição aleatória ou não, têm grupos para comparar as mudanças relativas ao tratamento. Atendendo ao pouco controlo experimental deve haver consciência dos limites do estudo (Fortin, 1999).

Um desenho pré-teste, pós-teste é caracterizado pela inclusão de uma medida antes da introdução de um estudo experimental. Neste tipo de desenho, os sujeitos são repartidos de forma aleatória nos grupos e a avaliação é feita duas vezes, isto é, no início e no final da experiência. A comparação dos scores antes e depois permite avaliar a equivalência dos grupos (Fortin, 1999)

O estudo é quantitativo, caracterizando-se pelo facto do investigador não se colocar como perito, dado que tem por base uma relação sujeito-objeto que é marcada pela intersubjetividade (Fortin, 1999). Segundo Fortin (1999, p.141), “acontece frequentemente que se investiga “com” e não “para” as pessoas de interesse”. Esta abordagem assenta num raciocínio indutivo.

Atendendo à tipologia do estudo, o desenho do estudo é o seguinte:





8 sessões de psicoterapia individual (Terapia cognitivo-comportamental)

Apresentação/explicitação do objectivo de intervenção;

Identificação do problem/causa que despolta a ansiedade;

Identificação das estratégias de abordagem do problema (ex.: role playing; expressão pela arte...);

Ensino e treino de estratégias para lidar com a ansiedade (ex.: técnicas de relaxamento)



Aplicação do questionário HDAS

Tendo em conta o período de internamento médio destes doentes que são **2 semanas**, é neste período de tempo que serão planeadas as intervenções junto destes utentes e, consequentemente, será aplicado o estudo.

A intervenção ao doente foi diária, com a realização de sessões de psicoterapia individuais (8 sessões), para delinear e ajustamento do plano de intervenção ao doente. Foram realizadas algumas sessões de relaxamento em grupo, perspectivando-se a sua realização em dias alternados.

Face ao tipo de estudo, os objetivos que se pretendiam atingir com a realização deste estudo consistiam nos seguintes:

- Conhecer as características clínicas dos doentes deprimidos internados;
- Conhecer o nível de sintomatologia ansiosa da pessoa com depressão antes e depois de um programa de intervenção psicoterapêutica;

- Determinar a eficácia da psicoterapia na diminuição dos níveis de ansiedade e depressão em doentes deprimidos.

A questão de investigação “(...) é uma interrogação explícita com um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 1999, p.51).

Tendo por base estes pressupostos, as questões de investigação delineadas para este estudo foram:

Q1: Quais são as características clínicas dos doentes deprimidos internados?

Q2: Qual é o nível de sintomatologia ansiosa da pessoa com depressão antes e depois de um programa de intervenção psicoterapêutica?

Q3: Qual é a eficácia da psicoterapia na diminuição dos níveis de ansiedade e depressão em doentes deprimidos?

3.2.1 Hipóteses

A hipótese consiste num “(...) enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis.” (Fortin, 1999, p.102). A hipótese formulada para o presente estudo consistiu na seguinte:

H1: A psicoterapia reduz os níveis de ansiedade e de depressão em doentes deprimidos.

3.2.2 População e amostra

A população “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, 1999, p.41). A população alvo do estudo é constituída pelos utentes do

internamento do Hospital de Santarém, no serviço de psiquiatria com diagnóstico de depressão e que estejam internados no período de 5 de Março a 18 de Maio 2012.

Por outro lado, a amostra consiste num subconjunto de elementos da população e que são convidados a participar no estudo. Consiste numa réplica, em miniatura, da população alvo (Redondo, 2009).

Desta forma, a amostra foi não probabilística/intencional e constituída pelos elementos que apresentassem os seguintes critérios de inclusão:

- Ter diagnóstico de depressão;
- Estar internado no Serviço de Internamento do Hospital de Santarém;
- Falar e escrever português;
- Ter idade superior a 18 anos;
- Aceitar participar voluntariamente na investigação e assinarem o consentimento informado.

3.2.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram: Questionário de dados sociodemográficos e clínicos; Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

A escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é uma escala de auto-aplicação constituída por 14 itens, dos quais 7 são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS –A) e sete voltados para a depressão (HAD – D), referindo-se os itens pares à depressão e os ímpares à ansiedade. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, sendo que o zero significa sintoma ausente e os restantes valores são atribuídos de acordo com a gravidade dos sintomas, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala (Marculino, 2007).

Para a avaliação da frequência da ansiedade e da depressão são obtidas as respostas aos itens HADS, adotando os pontos cortes apontados por Zigmond e Snaith recomendados para ambas (Marculino, 2007):

HADS-A – sem ansiedade de 0 a 7, com ansiedade > ou igual a 8.

HADS-D – sem depressão de 0 a 7, sem depressão > ou igual a 8.

Os scores são: 0-7: normal; 8-10:leve; 11-14: moderada; 15-21: grave.

A utilização de um instrumento destinado à mensuração da ansiedade e depressão no âmbito desta investigação revela-se ser pertinente, na medida em que estes consistem nos dois principais constructos em estudo.

3.2.4 Procedimentos formais e éticos

Para proceder à realização do estudo foi solicitada uma autorização formal ao conselho de administração do Hospital de Santarém (Anexo XVIII). A colheita de dados foi realizada pela investigadora no âmbito do serviço de internamento de psiquiatria do Hospital de Santarém, certificando-se de que os participantes foram anteriormente devidamente informados e dispostos de forma deliberada a participarem no estudo. Foi solicitada a participação dos utentes que se encontravam internados e explicado aquilo em que consistia a sua participação, o questionário, bem como a sua forma de preenchimento. Após terem sido dadas todas as informações e esclarecidas as dúvidas e de se clarificar que a sua participação era voluntária foi pedido que o utente assinasse o consentimento informado.

Para aplicação da escala de HAD foi realizado um pedido formal ao autor da sua tradução e validação para a população portuguesa.

3.2.5 Tratamento de dados

O tipo de estudo utilizado para este trabalho consistiu quase experimental tipo pré-teste, pós-teste, sem grupo de controlo, com recurso a uma metodologia de estudo de caso múltiplo

Segundo Fortin (1999), “no estudo de caso com experimentação, o investigador manipula sistematicamente uma parte do fenómeno, aplicando-lhe uma intervenção” (Fortin, 1999, p.66). Existem vários modelos, sendo que o aplicado neste estudo consistiu no modelo de intervenções alternadas e interativas, em que se examina uma variável em diferentes fases, isto é, antes durante e/ou após a aplicação ou retirada da intervenção (Fortin, 1999).

Uma das vantagens do estudo de casos múltiplos consiste na obtenção de informação detalhada sobre um fenómeno novo, uma análise completa que permite extrair ideias, ligações entre variáveis e verificar hipóteses. A desvantagem consiste na impossibilidade de se generalizarem os resultados a outras populações e situações (Fortin, 2009).

3.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.3.1 Caso 1

O caso 1 corresponde a uma utente de 26 anos que foi admitida no serviço de internamento de Santarém com o diagnóstico de depressão reativa. Este corresponde ao primeiro internamento da utente, tendo sido acompanhada anteriormente pelo médico de família que a encaminhou para a consulta de psiquiatria do hospital.

De acordo com a utente o acontecimento que desencadeou a depressão consistiu no seguinte: O avô materno estava na direção do centro de dia da sua área de residência e tinha a ambição de construir um lar. A utente que referiu ser “*muito ligada ao avô*”(sic),

prometeu-lhe que o iria ajudar a cumprir esse objetivo, tendo esta passado a constituir uma “missão”(sic) que teria de cumprir.

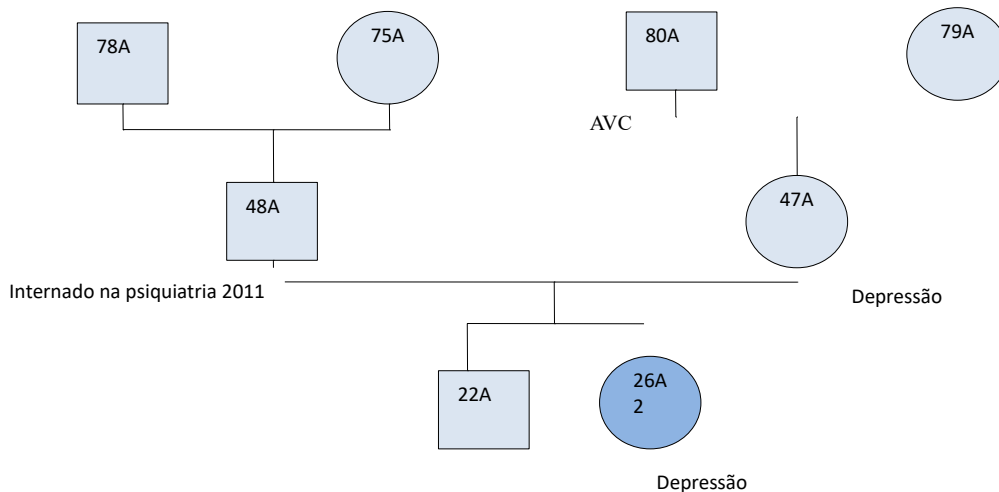
Após o avô materno ter tido um AVC, o seu avô paterno passou a assumir a direção. Contudo, este foi deixando que outras pessoas assumissem a direção da instituição. Foi a partir desse momento que começaram a surgir os problemas para a utente e sua família, na medida em que os novos elementos da direção passaram a assumir uma postura de crítica face ao trabalho da utente.

De acordo com a mesma: *“começaram a fazer chantagem psicológica comigo...tudo o que fazia estava errado...diziam que era uma inútil e quando os questionava acerca de como queriam que fizesse as coisas, apenas se limitavam a dizer que eu já não servia para nada”* (sic). Segundo o que foi referido pela utente, as agressões verbais passaram a ser diárias, até que chegou a um momento em que não aguentou mais: *“um dia cheguei ao trabalho e não consegui fazer nada... Fui então ao meu médico de família e fiquei de baixa por depressão”*(sic). A partir desse dia, a utente não teve *“coragem de enfrentar novamente as pessoas da direção”*(sic), por ter *“medo de não aguentar a pressão psicológica”*(sic).

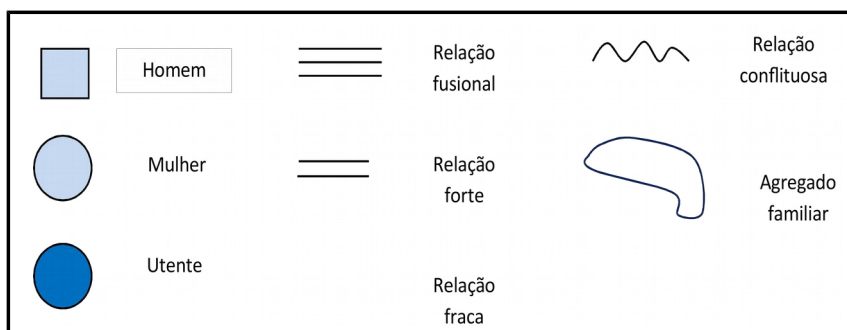
A utente refere que sente vergonha de sair à rua, isolando-se muito mais, por ouvir comentários da parte de outras pessoas que não acreditavam nela nem na sua família.

Face à situação, a utente referiu sentir uma grande revolta, o que lhe causou distúrbios na sua saúde, tais como a depressão e a forte sensação de ansiedade que lhe diminui o apetite e a vontade de sair com os seus amigos. A utente teve em 2 meses uma perda de peso de 15 Kg, o que lhe causou *“um sentimento de fraqueza grande e de cansaço”* (sic).

A utente vivia com os pais e o irmão, tendo um namorado há cerca de 1 ano que lhe *“transmite muita força”*(sic). No que se refere às relações familiares, estas encontram-se representadas no genograma seguinte:



Legenda:



Na primeira sessão, avaliei qual o insight da utente para a sua doença, procurando identificar os seus conhecimentos acerca da depressão e da ansiedade. A utente referiu ter pesquisado bastante acerca da sua doença, tendo-se identificado com muitos dos sintomas descritos.

Quando questionada acerca das suas principais preocupações a utente referiu: “*a médica falou-me que eu tinha uma depressão reativa e pelo que vi na internet este é daquele tipo de depressões em que a pessoa tem um período em que está bem, mas depois volta sempre para baixo...está sempre a recair*” (sic). Assim, procurei desmistificar esta ideia, explicitando-lhe melhor no que consistia uma depressão reativa, ou seja, expliquei-lhe que esta era uma depressão reativa a um determinado fator.

Recorri, ainda, ao reforço positivo como estratégia de ajuda em relação a esta utente, reforçando todos os aspetos positivos que tinha conseguido atingir na sua vida. A utente reconheceu que era uma “*pessoa forte*”(sic) e que “*este foi um momento de fraqueza*”(sic), mas que tal como os outros ela ia “*conseguir superá-lo*” (sic).

Para além destes aspetos, reforcei ainda os recursos que ela tinha, tais como o namorado, a família e os amigos que ela refere que a apoiam, acreditam nela e que são a sua base de sustentação, devendo ser nestes pilares que ela se poderia apoiar para ultrapassar este problema.

Na segunda sessão, abordei o tema da autoestima. No início da sessão apliquei à utente o inventário da autoestima, ao que a utente apresentou um resultado 29 (sem diminuição da autoestima).

A utente referiu nunca ter tido problemas de baixa autoestima, mas sentia que naquele momento se sentia “*mais em baixo*”(sic), o que se repercutia na sua autoconfiança, dada “*a humilhação*”(sic) a que foi sujeita e que sentiu perante as acusações da direção, quando se referiam a ela como uma “*inútil*”(sic).

Quando abordada acerca do que gostava de fazer nos seus tempos livres, a utente referiu que deixou de fazer certas atividades que lhe davam prazer. Desta forma, salientei a importância de a utente manter as atividades que lhe davam maior prazer, pois era nessas atividades que ela ia recuperar a sua autoestima e conseguir a força e a motivação suficientes para gerir as dificuldades do seu dia-a-dia.

A utente referiu ainda que antigamente se gostava de arranjar e maquilhar e que nunca ia vestida para o trabalho sem algum cuidado, o que não ocorria ultimamente, em que vestia “*a primeira coisa que via no roupeiro ou na cadeira do quarto*” (sic). Face a este aspeto, pedi à utente para refletir acerca da importância de se sentir bonita e bem arranjada e do sentimento de bem-estar e segurança que isso lhe trazia, ao que a utente referiu sentir falta disso, sendo este um dos aspetos que gostaria de mudar e de voltar a recuperar a sua imagem.

Na terceira sessão, utilizando a técnica de reestruturação cognitiva, foi promovida a identificação dos pensamentos automáticos.

O pensamento automático da utente consiste no seguinte: *“querem incriminar-me de coisas que não são da minha responsabilidade (...) mantendo a chantagem psicológica”* (sic).

Comecei pela técnica de questionamento de evidências, estimulando a utente a questionar as suas próprias evidências acerca deste problema e do pensamento resultante do mesmo, de modo a que a utente tivesse uma perceção mais realista em relação ao seu problema e aos seus receios. Quando confrontada com o facto de estar com receio da chegada de uma carta do tribunal que poderia nunca chegar a vir, a utente ficou renitente e refletiu um pouco dizendo *“pois, de facto pode nunca chegar...e posso estar a sofrer por uma coisa que nunca vai acontecer”* (sic).

Após o uso da técnica da descastrofização, pois a utente estava a centrar toda a culpa deste problema em si, a utente reconheceu que a sua família a apoiava e acreditava na sua inocência e que a direção a acusava não só a ela como a outros elementos da família.

Outra das técnicas aplicadas consistiu na técnica do reenquadramento, tendo procurado que a utente visualizasse o seu problema de forma menos negativa, face à possibilidade deste problema poder assumir diferentes rumos (ex.: a carta de acusação poderia nunca chegar, as pessoas da sua terra podem acreditar em si e na sua, etc).

Por fim, e atendendo à intensidade que a utente refere que estes pensamentos assumiam no período da noite, lancei-lhe o desafio de ela própria aplicar a técnica de cessação do pensamento. A utente aceitou tentar fazer este exercício.

Na quarta sessão, foi aplicado o método de solução de problemas, tendo a utente identificado o seu problema central e que consistia em *“regressar ao local de trabalho como se nada se tivesse passado”* (sic), ou seja, queria ser indiferente às críticas que lhe fossem feitas, pois seria difícil agir como se nunca se tivesse passado nada de forma literal.

A utente referiu que o seu objetivo é enfrentar a direção e diretora técnica, sendo que para isso precisa de” *ganhar a coragem suficiente*” (sic). A utente referiu que a estratégia que já havia utilizado consistia em “*fazer de conta que não ouvia ou fazer que não percebia*”(sic). Segundo a utente, “*até uma determinada altura esta estratégia funcionou até que culminou na depressão*”(sic). Desta forma, pedi à utente que estruturasse um plano de ação para o primeiro dia em que iria estar novamente com a direção do lar. No final do exercício, perguntei à utente se sentia mais confortável face ao primeiro dia de trabalho, ao que ela respondeu que não tinha dúvidas que conseguiria enfrentar esse dia, mas que neste momento ainda se sentia muito frágil.

Na quinta sessão, na realização da atividade “O gráfico da minha vida”, a utente destacou as situações de vida que lhe geravam maior ansiedade. O facto que mais se demarcou constituiu num relacionamento que teve durante a adolescência em que refere ter sido vítima de agressões verbais e até físicas. Ela referiu que este namorado a sujeitava a alguma chantagem psicológica, pois ameaçava-a se ela o deixasse. A utente chorou e referiu que de facto já havia sido sujeita a chantagem psicológica até aos seus 23 anos, o que só parou quando conseguiu reunir as provas em como era o namorado que a traía.

Naquele momento, a utente referiu que encontrou “a pessoa certa” (sic) para a sua vida e que sentia que nunca seria capaz de lhe fazer o mesmo que o anterior namorado.

Após termos falado acerca das situações de vida mais marcantes da utente, e que lhe geraram mais momentos de ansiedade, falei-lhe da importância de ter presente algumas estratégias para diminuir a sua ansiedade. Apresentei-lhe algumas das estratégias a curto e longo prazo que podia adotar, nomeadamente retomar algumas das atividades de lazer e de atividade física, que são importantes nesta gestão da ansiedade, promovendo uma maior motivação que a poderiam ajudar a ultrapassar outras dificuldades da vida. A utente reconheceu que sentia saudades das atividade de lazer e que pretendia iniciá-las quando tivesse alta.

Na sexta sessão foram aplicadas algumas técnicas de relaxamento, nomeadamente a de respiração abdominal e a de relaxamento de Jacobson, as quais a utente aplicou,

referindo sentir-se mais relaxada no final. Demonstrou interesse por ficar com o guião para realizar em casa.

Tabela 4: A evolução segundo a escala do caso 1

Escala HADS	1ª avaliação	2ª avaliação
HAD – A	17	16
HAD – D	16	12

Tabela 5: Evolução dos diagnósticos de enfermagem do caso 1

Diagnóstico inicial	Diagnóstico final
Ansiedade em grau elevado	Ansiedade em grau reduzido
Humor diminuído em grau elevado	Humor eutímico

3.3.2 Caso 2

A utente 2 apresentava diagnóstico de PAB, tendo ficado internada por apresentar sintomatologia compatível com uma fase depressiva. A utente tinha 58 anos de idade, era casada e vivia atualmente com o seu marido e com o filho mais novo. Referia ter mais dois filhos que não viviam atualmente com ela.

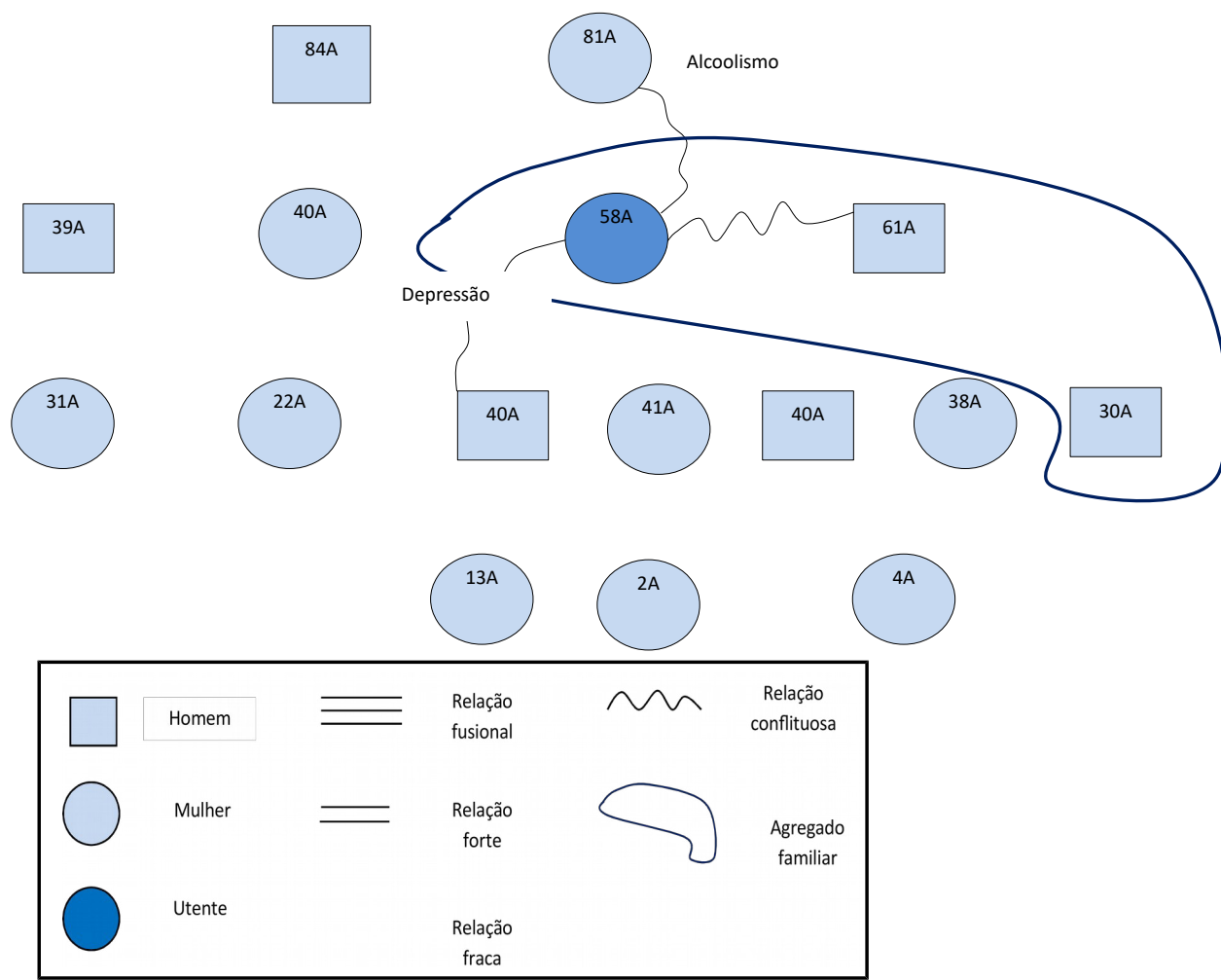
A utente apresentava uma idade aparente semelhante à idade real, um vestuário de acordo com a classe socioeconómica e época do ano, com cores sóbrias e ajustadas e um estado de higiene adequado. No que se refere à expressão facial a utente apresentava fâcias triste, demonstrando alguma mágoa e desgosto, referindo durante a entrevista inicial *“sinto-me muito triste...trabalhei tanto e agora não tenho nada”*(sic). Durante a admissão apresentava um contato superficial, apresentando-se algo distante e discurso circunstancial com labilidade emocional.

A utente apresentava um humor depressivo, verbalizando essencialmente sentimentos de tristeza, de deficit de iniciativa e de prazer nas coisas da vida, evidenciando ainda ansiedade, referindo alguns medos e preocupações para os quais não encontra qualquer solução: *“a minha vida já não faz sentido...sinto-me perdida, sem saber o que hei-de*

fazer. Não vale a pena fazer nada...nada resulta” (sic). A utente apresentava ideação suicida, verbalizando que não sentia vontade de viver, mas não é estruturada, pois não identificava uma forma específica e planeada de suicídio. A utente referia “às vezes penso que deveria de pôr fim a isto tudo” (sic), verificando-se que quando questionada acerca da forma como pensaria fazê-lo referia “*não sei*” (sic). A utente apresentava-se consciente e orientada alo e autopsiquicamente, sem alterações do pensamento ou da percepção.

A utente apresentava algumas dúvidas em relação ao seu diagnóstico, na medida em que desde que se lembra, se encontra em depressão, pelo que não se recorda de nenhum episódio maníaco. A utente referia que teve um passado “*muito pesado*”(sic), com uma família muito problemática.

Desta forma, atendendo a todas as suas relações familiares e à situação de conflituosidade, a utente referia sentir-se muito só, não sentindo que possa contar com alguém da sua família. De acordo com a utente, são estas conflituosidades e o facto de nunca ter sentido amor ou carinho que a levavam a sentir-se sempre muito triste.



No momento da consulta, referia ter uma má relação com dois dos seus filhos e sentir uma enorme tristeza por ter perdido a sua casa, a qual foi hipotecada pelo seu filho do meio, e ter de estar a viver numa casa de renda, tendo ela trabalhado para conseguir ter a sua própria casa.

Quando abordei a utente acerca do facto de ter sido internada por depressão e ideação suicida (diagnóstico médico na entrada do internamento), referiu que naquele momento não tinha ideação suicida, mas que se sentia “*perdida*” (sic) e que precisava de ajuda.

Na primeira sessão, a utente referiu que sabia muito pouco acerca da doença, referindo apenas que achava que é “*estar triste*” (sic). Salientei que o sintoma de tristeza é um dos sintomas fulcrais na depressão, mas que existem outros que nos ajudam a estabelecer um diagnóstico. A utente identificou-se com outros sintomas que apresentei, nomeadamente a perda de interesse por fazer coisas que já não faz (ex.: tricot), o facto de se relegar para segundo plano, assim como as alterações da respiração, referindo que há situações em que sente que lhe “*falta o ar*”(sic) e que identificava ocorrer em situações de maior ansiedade.

Na segunda sessão, salientou-se o facto de a utente apresentar dificuldades em tomar decisões, referindo que estas geralmente ficam a cargo do marido, por não se sentir competente para se responsabilizar pelas decisões tomadas. Pela avaliação do inventário da autoestima, a utente apresentava score 60 (diminuição da autoestima).

Na atividade Fotografias, a utente seleccionou a fotografia nº 2 (prisão), salientando que se sente “*presa há muitos anos*”(sic).

Quando questionada acerca do que a fazia sentir presa, referiu que se sente perdida e presa a um passado que a atormenta e que não a deixa seguir em frente, bem como presa ao facto de não sentir o apoio da sua família, nomeadamente dos seus filhos.

Face a este discurso da utente, promovi a identificação dos aspetos positivos que ainda existiam na sua vida, nomeadamente o facto de haver uma relação de proximidade e afinidade em relação ao seu filho mais novo.

Posteriormente, salientei também as coisas que ela já havia conquistado ao longo da sua vida, apesar de todas as dificuldades, tais como: manter o seu casamento apesar de todas as contrariedades, construir uma casa. A utente respondeu *“pois, se calhar tive mais força do que imagino, só que agora perdi-a”* (sic).

A utente referiu que sentia uma grande baixa de autoestima, dirigindo-se a ela própria como um *“zero à esquerda”* (sic). Salienta que não sentia prazer em se autocuidar e que quando ia ao cabeleireiro, fazia pelo seu marido que a gostava de ver bem arranjada e que estava permanentemente a estimulá-la. Em resposta a este discurso da utente, salientei a importância de ela fazer as coisas por si e para si, assim como de pensar em si primeiro.

Relativamente às atividades de lazer, ela destacou algumas como tricot e ler a bíblia. Contudo referiu não ter capacidades cognitivas para o fazer, na medida em que ao acabar de ler uma frase sentia que já não se lembrava de nada do que esteve a ler.

Durante a sessão foi ainda referido um outro problema que a utente percecionou como grave e de difícil resolução e que consistia no facto de ter 3 meses de renda para pagar em atraso. Para solucionar este problema, referiu já ter pedido apoio à câmara municipal, que não deu qualquer resposta, assim como à EDP, da qual ainda não surgiu nenhuma resposta. Numa perspetiva de resolução do problema, questioneei-a acerca da possibilidade do seu filho mais novo dar alguma ajuda monetária, atendendo ao facto deste se ter manifestado disponível para a ajudar em situações anteriores. A utente referiu que não tinha coragem de falar sequer no assunto, pois seria uma *“vergonha”* (sic) e que teria receio que o filho arrumasse as coisas e se fosse embora.

Na terceira sessão, através da técnica de reestruturação cognitiva, identificaram-se os principais pensamentos automáticos.

Face à situação problemática identificada pela utente, ou seja, ter três meses de renda de casa em atraso, o seu pensamento automático consistia no seguinte: “*penso que vou para a rua, porque ninguém me vai estender a mão*”(sic). Relativamente à racionalidade da resposta, a utente avalia em 100 (de ao 100), bem como a crença no mesmo.

Na quarta sessão a utente referiu que verbalizou à sua família, nomeadamente ao seu filho mais novo e nora, o que sentia. Ela extravasou que se sentia triste, sozinha e que sentia que havia uma grande falta de comunicação entre a família. A utente referiu ainda que a sua família já havia falado entre si a questão da renda da casa, referindo à utente que iriam ajudá-la a resolver a situação. O filho apaziguou-a dizendo-lhe que nunca iria deixar a casa, a não ser no dia em que perspetivasse reconstruir a sua vida.

Após a utente me ter descrito a visita, perguntei-lhe como ela se sentia agora, ao que ela referiu se sentir “*bastante mais aliviada*” (sic), pois verbalizou muitas coisas que guardava apenas para si. Referiu que apesar de não se terem resolvido os problemas que sempre se sentia mais amparada pela sua família, o que lhe transmitia uma maior tranquilidade. Desta forma, perguntei-lhe ainda se ela achava que teria sido importante o que havíamos falado na sessão anterior, tendo a mesma verbalizado que a tinha ajudado bastante para ter coragem para falar com a família e agradeceu esse facto.

Através do método de solução de problemas a utente identificou dois problemas: pagamento da renda em atraso há 3 meses e afastamento do filho mais velho. No que se refere às novas estratégias de resolução dos problemas, a utente apresentou uma postura mais assertiva que em situações anteriores, baseando-se muito na ajuda que a família lhe havia prometido, o que lhe dava uma maior esperança para a resolução deste problema.

Contudo, no que se refere ao segundo problema, a utente apresentou-se um pouco mais cética, verbalizando achar muito difícil a sua resolução.

Na quinta sessão, a utente salientou alguns dos acontecimentos de vida que lhe causavam maior ansiedade. A utente começou por enfatizar os seus aspetos negativos, tendo descrito algumas situações que nunca havia verbalizado no decurso das sessões.

Durante a realização do exercício houve um claro enfoque nas situações negativas, havendo sempre a necessidade de lhe despertar o interesse para que identificasse algo de positivo que tivesse ocorrido num certo período. As situações positivas consistiram nas seguintes: casamento (porque queria torna-se mais independente dos seus pais); nascimento dos filhos (3); construção da sua casa; nascimento das netas e AVC do marido.

Os acontecimentos negativos consistiam nos seguintes: exposição do relacionamento sexual dos pais; morte do irmão; ida do marido para o ultramar; gravidez do 3º filho (o qual abortou por imposição da mãe); ciúmes do marido; perda da casa; saída de casa do filho do meio; afastamento do filho mais velho; perda de emprego do marido e situação de pagamento de 3 meses de renda em atraso.

Destes acontecimentos a utente destacou o primeiro episódio e a perda da casa, dado ter sido a partir daí que os seus problemas familiares (afastamento do filho mais velho) e financeiros (pagamento da renda de casa) começaram a surgir.

No final, foi feito um resumo dos acontecimentos de vida da utente, realçando os aspetos mais positivos e a forma como ela conseguiu ultrapassar algumas das dificuldades com que se foi deparando ao longo da vida.

Foram ainda reforçadas algumas estratégias de gestão de ansiedade, nomeadamente a importância de delinear objetivos a curto prazo, tal como no solucionamento dos seus problemas e a importância de envolver a sua família nesta resolução.

Na sexta sessão a utente praticou algumas técnicas de relaxamento, contudo a técnica de Jacobson não evidenciou resultados positivos significativos, na medida em que a utente apresentou algumas dificuldades na realização de alguns procedimentos. A utente referiu ter uma grande dificuldade em relaxar, salientando que o exercício físico (ex.: caminhada) tinha um maior efeito sobre a redução da sua ansiedade.

Tabela 6: Evolução segundo a escala do caso 2

Escala HADS	1ª avaliação	2ª avaliação
HAD – A	16	14
HAD – D	12	11

Tabela 7: Evolução dos diagnósticos de enfermagem do caso 2

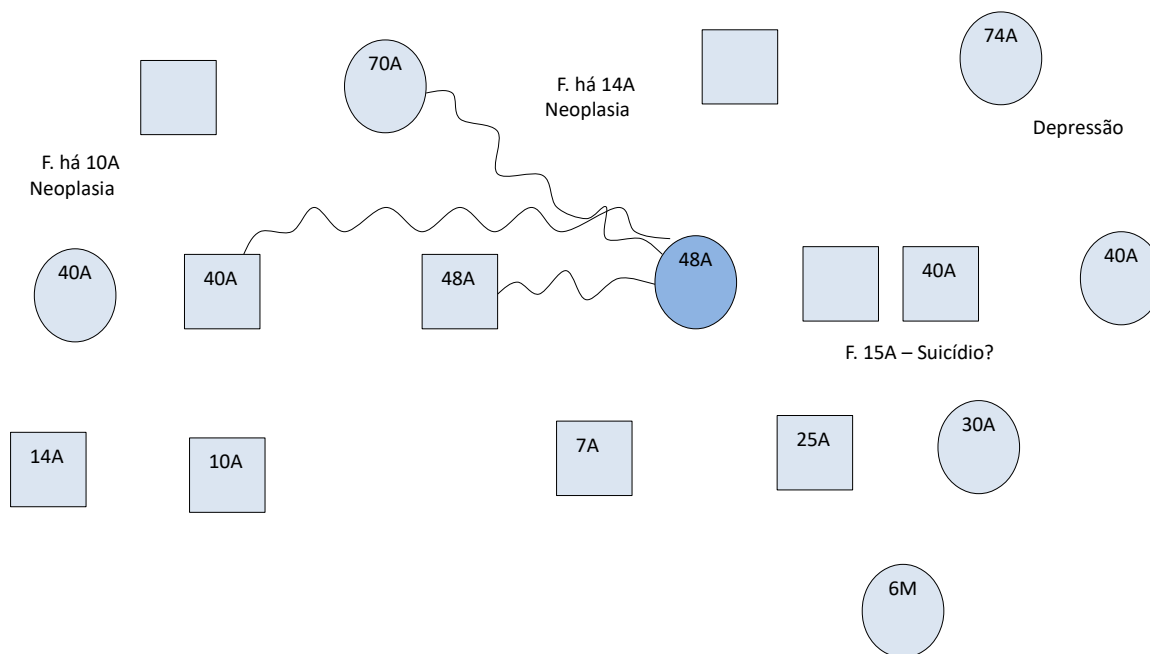
Diagnóstico inicial	Diagnóstico final
Ansiedade em grau elevado	Ansiedade em grau reduzido
Humor diminuído em grau moderado	Humor diminuído em grau moderado

3.3.3 Caso 3

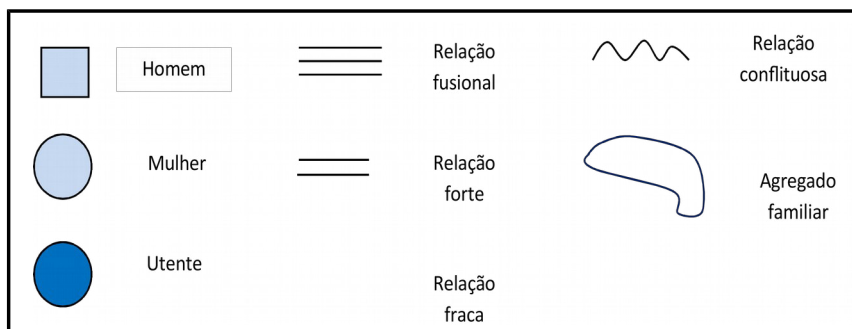
A utente do caso 3 consistiu numa utente de 56 anos, professora primária, casada e com um filho de 7 anos. Foi internada no serviço de internamento de psiquiatria com diagnóstico de depressão. De acordo com a utente, o motivo do seu internamento devia-se essencialmente ao facto de sentir que tinha muito trabalho na escola, salientando *“sinto que não consigo lidar bem com a pressão do excesso de trabalho e que não consigo lidar bem com as expectativas que tenho acerca de mim mesma”* (sic). Para além deste aspeto, referia que há algum tempo, a sua sogra, a quem foi diagnosticado Alzheimer foi viver para sua casa, na fase de maior agudização, mas que ela já não estava a conseguir tolerar a situação de ter que cuidar da sua sogra, *“ao passo que o meu cunhado e a minha cunhada não têm trabalho nenhum”* (sic).

De acordo com a utente, esta situação não a estava a prejudicar somente a si, mas também ao filho. Segundo a mesma, *“o meu filho é o próprio que refere que a avó já podia ir para casa, pois a sua casa deveria ser um espaço só dos três”*(sic).

Depois de me ter descrito a sua situação problemática, elaborei o genograma da utente, em conjunto com a mesma:



Legenda:



Na primeira sessão, a utente verbalizou o que conhecia acerca da depressão e falou dos seus sintomas de ansiedade e que consistiam em tensão muscular, por não conseguir verbalizar o que sentia. A utente demonstrou ter informação suficiente acerca da depressão, referindo que a depressão era um *"forte sentimento de tristeza e de alguma desorientação face ao que fazer e decidir na vida"*(sic), sendo que no seu caso a sua depressão era de caráter sazonal, pois era na primavera que tinha as recaídas. Contudo, referiu ter alguma dificuldade em gerir a sua ansiedade, não tendo conhecimentos suficientes acerca das estratégias para a gerir.

Na segunda sessão foi abordado o tema da autoestima. A utente referiu que sentia que a sua autoestima *"estava bastante em baixo"* (sic), referindo *"já não tenho muita vontade por me arranjar, apesar de o ter de fazer minimamente para conseguir ir trabalhar"* (sic). Reforcei à utente, que a autoestima não se referia apenas a uma imagem corporal e estética, mas também à autoconfiança e auto-valorização em tudo o que faz, ao que a utente respondeu *"deveria ter uma maior confiança naquilo que faço, pois na escola eu já assumi cargos de grande responsabilidade e consegui ser bem-sucedida, mas é como se duvidasse sempre disso..."* (sic). O questionário do Inventário da autoestima teve o resultado: 46 (baixa autoestima).

Na atividade "Fotografias" a utente escolheu a fotografia nº 2 (a serra com rios), referindo que se sente *"numa encruzilhada em que há vários caminhos que podemos traçar, e consoante cada um destes caminhos podem advir diferentes"*

consequências”(sic). Perguntei-lhe que caminhos ela sente que deveria traçar, ao que ela responde que não sabia e que por esse motivo sentia “*ansiedade e, de certa forma, desorientação*” (sic).

Desta forma, procurei aprofundar que tipo de objetivos ela delineava e pedi-lhe que refletisse acerca da exequibilidade dos mesmos. Salientei que era importante que ela não se considerasse culpada de tudo e que tivesse um sentido crítico face aos objetivos traçados, bem como a importância de traçar objetivos realistas e a curto prazo, de forma a diminuir a sua ansiedade e o seu sentimento de “frustração” por sentir que não conseguia atingi-los. Nas sessões seguintes, a utente foi procurando definir alguns objetivos, mas tendo a preocupação de os definir apenas tendo por base o momento após a alta.

Na terceira sessão, a utente referiu que se sentia “*muito angustiada e triste em relação à situação familiar*” (sic). Através do exercício de reestruturação cognitiva, procurou-se identificar os principais pensamentos automáticos e que consistiam nos seguintes:

- Situação da sogra: “*falta de sentir-me sozinha no meu núcleo familiar*”; “*estou sobrecarregada sozinha*”; *falta de coragem por parte do meu marido para falar com o irmão*”(sic).
- Morte de familiares: “*se essas pessoas fossem vivas poderiam ajudar-me*”(sic)
- Situação laboral: “*a minha ausência pode prejudicar os meus alunos*” (sic).

O pensamento a que atribui maior racionalidade (90- de 0 a 100) e crença (70- de 0 a 100) consistiu no facto de estar sobrecarregada em relação à sua sogra, face à negligência da parte dos cunhados.

No que se refere à racionalidade dos pensamentos, a utente refletiu e fez a apreciação de forma autónoma, não solicitando a minha ajuda ou aprovação para assumir uma postura crítica em relação aos mesmos

Na quarta sessão, durante a aplicação do método de solução de problemas, a utente identificou o seu problema central (“*Negligência por parte dos meus cunhados em relação à minha sogra*”), identificando o que é preciso mudar (“*necessário existir um maior diálogo com o meu marido*”), o que já fez (“*falar com o meu marido no sentido*

de alterar a situação”) e o que ainda é preciso fazer (*“manter uma conversa mais específica com o meu marido de forma a que alguém possa tomar conta da minha sogra e ela volte para sua casa”*).

No fim de descrever e refletir acerca do método de solução de cada problema identificado, a utente referiu *“agora só me falta ter força para conseguir fazer tudo aquilo a que me propus”*(sic) e acrescentou *“tenho de fazer isto por mim e pelo meu filho, pois tenho receio que ele venha a sofrer com esta situação e que acabe por seguir as minhas pisadas”* (sic).

Na quinta sessão, a utente apresentou progressos positivos, dado que de acordo com a mesma, teve uma conversa com o seu marido de forma aberta e franca, acerca da situação da sogra estar a viver com eles. Falou-lhe da forma como isto a estava a afetar e o que lhe causava maior transtorno, nomeadamente das soluções que havia pensado para os seus problemas.

A utente referiu que o seu marido não lhe deu prontamente uma resposta, mas que lhe referiu que a situação se resolveria e que em conjunto haveriam de encontrar a melhor solução. Ela referiu ter-se sentido mais tranquila com a resposta do marido, pois já demonstrava uma atitude mais pró-ativa do que aquela que tinha apresentado até agora.

Durante a realização do exercício “o gráfico da minha vida”, a utente apresentou dificuldade em identificar situações da sua vida que fossem marcantes, quer de uma forma positiva como de forma negativa. Deste modo, comecei por lhe dar alguns exemplos que poderiam ser contemplados, como o seu casamento, nascimento de filhos, entre outros.

Nesta sessão foram reforçadas as estratégias de gestão da ansiedade, ao que a utente enfatizou a importância de efetuar uma melhor planificação do seu trabalho diário, de forma a reduzir a sua ansiedade face ao trabalho.

Na sexta sessão foram treinadas técnicas de relaxamento. Identifiquei que a utente realizava uma respiração abdominal de forma adequada, pelo que reforcei positivamente o comportamento adotado pela utente. Salientei que este era um procedimento que

poderia ser adotado nas diferentes situações do seu dia-a-dia e em qualquer local. A utente concordou que poderia ser um procedimento a adotar, por exemplo, nas situações de conflito que se geravam com a sua sogra.

Durante a realização da técnica de relaxamento de Jacobson verifiquei que a utente manteve sempre os olhos fechados e realizou de forma correta os exercícios de contração e descontração dos músculos. No final, pedi que a utente desse o seu feedback acerca da sessão. A utente referiu ter-se sentido muito bem durante a realização dos exercícios e que perspetivava colocar em prática quando tivesse alta.

Tabela 8: Evolução segundo a escala do caso 3

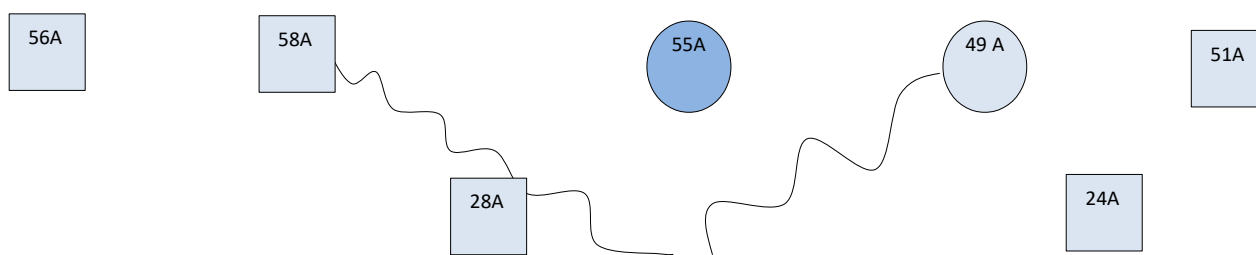
Escala HADS	1ª avaliação	2ª avaliação
HAD – A	17	5
HAD – D	15	4

Tabela 9: Evolução dos diagnósticos de enfermagem do caso 3

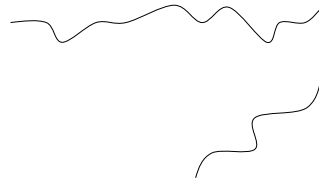
Diagnóstico inicial	Diagnóstico final
Ansiedade em grau elevado	Ansiedade em grau reduzido
Humor diminuído em grau elevado	Humor eutímico

3.3.4 Caso 4

A utente do caso 4 tinha 53 anos, vivia sozinha, tinha um filho e um neto da relação do filho, divorciada e exercia funções numa escola como assistente operacional. Foi admitida no serviço de internamento de psiquiatria com o diagnóstico de depressão, por ideação suicida. De acordo com a utente, as ideias de suicídio não saíam da sua cabeça, pois segundo a mesma “a minha vida já não faz sentido nenhum...eu estou aqui e estou a olhar para aquela janela e só me apetece atirar dela abaixo” (sic).



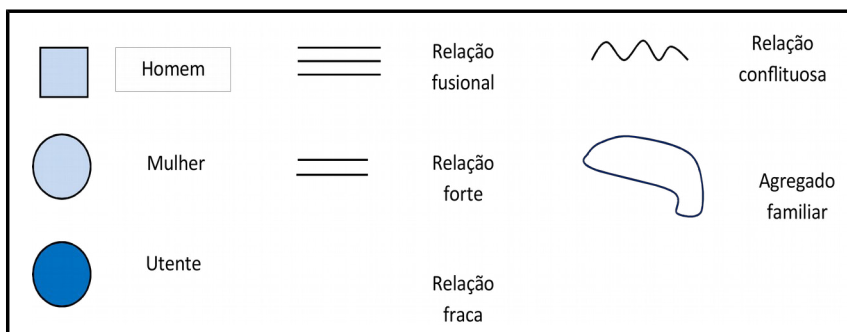
27A



27A

4A

Legenda:



Na primeira sessão, procurei compreender qual o motivo da falta de sentido para a sua vida, ao que ela me respondeu “*não tenho ninguém, estou sozinha...não estou cá a fazer nada*”(sic). Refere que cuidou do seu filho desde pequeno, completamente sozinha, dado que o seu marido a deixou quando ele ainda era muito pequeno. Desde então, refere que sempre viveu para o seu filho.

Segundo a utente “*o meu marido foi para a Suíça há uns anos atrás e aquilo que eu achava que teria sido uma coisa boa, acabou por não o ser, dado que me traiu com outra mulher e deixou-me.*” (sic). A utente referiu que desde que o seu filho se casou nunca mais teve o mesmo comportamento com ela, salientando “*não sei se por causa da minha nora,...não sei!*” (sic). A utente não atribuiu qualquer causa a este afastamento, referindo “*não sei, só sei que desde que ele casou e eu fui ao casamento... apesar de eu ter feito um grande sacrifício, pois eu acabei por lhe dar consentimento para ele convidar o pai...*” (sic).

A utente referiu que o afastamento se intensificou desde o batizado do neto, salientando *“ele convidou-me para o batizado, mas quando eu entrei para a igreja e vi lá o pai dele... voltei costas e vim-me embora. Foi uma afronta! O facto de o terem convidado foi de propósito para me provocarem e para que eu não fosse”*(sic). Desde então, a utente referiu sentir-se cada vez mais sozinha, triste e com choro constante que se intensificava cada vez que chegava a casa, o que identificava como sendo os sinais e sintomas da sua depressão.

Na segunda sessão, após o preenchimento do Inventário da autoestima, identificou-se que a utente apresenta score 45 (sem diminuição de autoestima).

Na atividade fotografias, escolheu a fotografia nº5 (grades da prisão). Apresentou espontaneamente a sua justificação para a escolha, referindo que se sentia presa, sentia que vivia *“numa prisão isolada do mundo”* (sic). Quando lhe perguntei, qual ela achava que era a sua prisão, ela referiu que era a sua casa, na qual ela vivia presa a tudo o que lhe fazia lembrar o seu marido e o seu filho, reforçando-lhe a ideia de que agora não tinha ninguém. A utente não demonstrava disponibilidade para abordar o seu filho em relação a este assunto e ao que sentia.

Relativamente a outras atividades de lazer referiu que tinha poucos amigos e que *“apenas tenho a minha irmã, mas que também tem a sua vida. Antigamente ia caminhar com as minhas colegas de trabalho, mas entretanto esse grupo de colegas foi-se embora e eu não tenho motivação para ir andar sozinha”* (sic).

Dada a falta de motivação geral para qualquer um das atividades apresentadas, salientei à utente que esta falta de motivação era um dos sintomas inerentes à depressão, mas que era importante ela começar por redirecionar algumas das suas energias numa destas atividades. A utente reconheceu a importância de reiniciar uma atividade que lhe desse prazer e que lhe ocupe mais o tempo, para não estar permanentemente a pensar no filho.

Na terceira sessão foi trabalhada a reestruturação cognitiva, pela identificação dos seus pensamentos automáticos. As situações problemáticas que foram destacadas pela utente prenderam-se com o facto de ter alguns meses de renda em atraso, assim como o facto de nem sempre se sentir muito confortável no seu local de trabalho. Relativamente às

situações colocadas pela utente ela teve alguma dificuldade em realizar uma reestruturação cognitiva, na medida em que sentia que estas situações não iriam mudar. Nestas situações problemáticas, a utente não falou proactivamente da situação de afastamento do seu filho. Relativamente à crença nos pensamentos, manteve sempre 100%.

Na quarta sessão, pela aplicação do método de solução de problemas, a utente identificou os seus principais problemas. Um dos problemas identificados consistiu na situação de afastamento do seu filho, mas apresentou grandes renitências na sua resolução.

Dada a falta de estratégias para o solucionamento deste problema, fui lançando algumas sugestões baseadas no que a utente me verbalizava (ex.: chegar ao seu filho através da nora, do sogro, falando com o filho no café onde ele costuma ir com a criança, etc). A utente não considerou que alguma destas sugestões fosse válida/eficaz. Deste modo, salientei que todos temos liberdade de escolha e de decisão e, como tal, perante esta situação existiam duas possibilidades: identificar e implementar uma estratégia de aproximação em relação ao seu filho ou deixar este assunto e seguir em frente. A utente considerou que a segunda hipótese era a mais adequada à sua situação e vontade atuais.

Na quinta sessão, durante a realização da atividade gráfico da minha vida, a utente referiu que a sua vida começou a tomar contornos mais negativos a partir do momento em que o seu marido emigrou para a Suíça.

Posteriormente, a partir deste episódio, a utente salientou outro momento que se demarcou negativamente na sua vida e que consistiu no afastamento do seu filho, a partir do momento em que ele se casou e que se acentuou com o nascimento do neto.

Após a realização do exercício destaquei e reforcei positivamente a capacidade que a utente teve para gerir outras fases da sua vida que ela destacou como sendo negativas, pelo que talvez fosse importante pensar nas estratégias que utilizou para as implementar nas situações problemáticas que estava a viver atualmente.

Posteriormente foi feito um período de reflexão acerca das atividades que a utente poderia realizar para diminuir o seu sentimento de solidão e para reduzir os seus níveis de ansiedade face a situações que caracterizava como stressantes.

Desta forma, pedi à utente que pensasse em algumas atividades que poderia realizar para ocupar um pouco mais o seu tempo livre. A utente foi mencionando algumas que considera que seriam passíveis de serem desenvolvidas, tais como caminhada e ir ao café com a irmã.

Na sexta sessão, a técnica de respiração abdominal foi rapidamente aprendida e demonstrada pela utente. Durante a realização da técnica de Jacobson observei que a utente ia realizando os procedimentos de forma adequada, apresentando uma respiração calma (usando a técnica da respiração abdominal).

Após a realização da técnica de relaxamento, a utente verbalizou ter-se sentido relaxada durante a sua execução, referindo “*em casa eu costumo realizar esta técnica, pois tenho uns CDs com umas músicas semelhantes a estas e também há uma voz de fundo que nos dá algumas indicações*” (sic).

Tabela 10: Evolução segundo aplicação da escala do caso 4

Escala HADS	1ª avaliação	2ª avaliação
HAD – A	17	16
HAD – D	20	17

Tabela 11: Evolução dos diagnósticos de enfermagem do caso 4

Diagnóstico inicial	Diagnóstico final
Ansiedade em grau elevado	Ansiedade em grau reduzido
Humor diminuído em grau elevado	Humor diminuído em grau reduzido

3.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Realizando uma análise dos resultados obtidos verificou-se que em todos os casos apresentados ocorreu uma diminuição dos níveis de ansiedade e de depressão, após a implementação do plano de 6 sessões de psicoterapia individual (abordagem cognitivo-comportamental). Estes resultados vão ao encontro dos estudos realizados por Beck e cols (1979), DeRubeis e Beck (1988) e Williams (1984) que nos mostram que o padrão geral de resultados da terapia cognitivo-comportamental para a depressão são bastante positivos. Dobson (1989) reforça estes resultados, mostrando que o paciente médio da

terapia cognitiva melhorou mais do que os 98% dos sujeitos de controle, ou mais do que 67 a 70% dos que recebiam outras formas de tratamento (Caballo, 1996).

Muitas das técnicas descritas para a depressão podem incluir-se no tratamento da ansiedade, ou conjugá-las no tratamento da ansiedade em doentes deprimidos. Os resultados obtidos vão ao encontro deste pressuposto, na medida em que ocorreu uma diminuição da ansiedade pela utilização de algumas técnicas que se dirigem ao tratamento da depressão (Caballo, 1996).

Outros estudos reforçam estes resultados, nomeadamente outros investigadores (Chambless e Gillis 1993; Dobson, 1989; Hollon, e col., 1993, cit. Brewin, 1996) referem que a terapia cognitiva-comportamental se tem mostrado muito eficaz no tratamento da ansiedade, ao abordar os fenómenos sob uma perspetiva biopsicossocial que tem inerente a interação entre as variáveis cognitivas, afetivas, comportamentais e ambientais (Caballo, 1996).

Como se pode verificar nos resultados obtidos, a diminuição do nível de depressão foi acompanhada de uma diminuição do nível de ansiedade, o que poderá ter inerente o que para alguns autores consiste numa estreita relação entre a ansiedade e a depressão. Para Stavrakaki e Vargo (1986), a posição unitária entre Ansiedade e Depressão é baseada na superposição da sintomatologia das duas síndromes, na similaridade de pacientes ansiosos com ou sem Depressão secundária em diversas variáveis, no fracasso em se acharem dimensões nitidamente separadas de Ansiedade e Depressão pelas escalas de autoavaliação e de avaliação e na abordagem terapêutica similar entre elas (Carneiro, s.d).

Fazendo uma avaliação e classificação segundo a aplicação da escala HAD verificou-se que:

- No caso 1 verificou-se uma diminuição do nível de ansiedade, apesar de se manter na categoria grave (segundo o manual da escala HAD), enquanto que no que se refere ao nível de ansiedade passou de um nível grave para moderado.

- No caso 2 verificou-se uma diminuição da ansiedade do nível considerado grave para moderado. No que se refere à depressão manteve-se no nível moderado.
- No caso 3 houve reduções significativas de depressão e ansiedade. No que se refere à ansiedade passou do nível grave para normal, bem como o de depressão.
- No caso 4 ocorreu redução quer da ansiedade como da depressão, mas ambas se mantiveram no nível grave.

As diferenças dos resultados obtidos podem estar diretamente relacionadas com fatores do paciente e do terapeuta. Stoppard (1989) salienta que a abordagem cognitivo-comportamental pode ser menos proveitosa para as mulheres do que para os homens, já que o modelo terapêutico se orienta mais para a ação. No estudo toda a população era do sexo feminino, pelo que não é possível pelos dados obtidos fazer alguma comparação de géneros (Caballo, 1996).

De acordo com o mesmo investigador, por outro lado, também a idade do paciente pode afetar os resultados. Nos casos apresentados, a utente mais jovem é a 1 seguida da 3. Ambas apresentaram as diminuições mais significativas nos níveis de depressão.

Os resultados que mais se salientam foram os da utente 3 que apresentou reduções significativas quer na depressão como na ansiedade. Um fator que pode estar relacionado com esta redução significativa pode consistir no fato desta utente realizar psicoterapia individual em consultório privado, tendo sido demonstrada alguma capacidade e facilidade por parte da utente na realização de todas as atividades e compreensão dos objetivos das mesmas. Outro fator que poderá ter contribuído consiste na disponibilidade que existiu por parte da família em ser integrada no processo terapêutico, de forma a facilitar a recuperação da utente, o que vai ao encontro do que nos é referido por Dobson, Jacobson e Victor (1988) (Caballo, 1996).

No final das 6 sessões, todos os participantes referiram que o número de sessões foi adequado, bem como as abordagens que foram realizadas, considerando que foram ao encontro das suas necessidades. Este aspeto vai ao encontro do preconizado por

Blenkiron (1999) que refere que apesar de alguns utentes necessitarem de um número maior de sessões para o tratamento com terapia cognitiva-comportamental, normalmente a terapia prioriza o atendimento em curto prazo, com um número de sessões variando de 6 a 20 (Caballo, 1996).

3.5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Os casos apresentados demonstraram que a psicoterapia, numa abordagem cognitivo-comportamental, apresentou um impacto positivo na redução da ansiedade destes utentes com diagnóstico de depressão.

Para além de uma diminuição da ansiedade verificou-se ainda um impacto positivo na depressão. As intervenções implementadas dirigiam-se a ambas as patologias: depressão e ansiedade, dado toda a bibliografia apontar para a grande similaridade entre ambas, nomeadamente no que concerne ao seu tratamento.

Os resultados foram positivos, tendo-se atingidos os objetivos propostos aquando da realização do estudo.

Relativamente às implicações para a prática de enfermagem, de uma forma geral, a investigação é um importante contributo para a enfermagem, na medida em que permite aumentar a sua área de conhecimentos, sabem como fundamentar e sistematizar a sua intervenção.

Tendo por base o contexto específico deste estudo de investigação considero que contribuiu para demonstrar alguns dos contextos em que algumas das intervenções de enfermagem integram domínio psicoterapêutico, apesar de na mesma intervenção poder existir a necessidade de incluir outros domínios, tais como a psicoeducação, psicossocial, socioterapêutica e técnicas de relaxamento. Como se pode verificar, no plano de sessões que desenhei, tendo por base os estudos de investigação consultados, tiveram a necessidade de integrar estes domínios, de forma a contextualizar/ integrar as intervenções psicoterapêuticas.

A principal dificuldade na realização do estudo consistiu no facto de terem passado pelo serviço de internamento de psiquiatria do HDS poucos utentes com o diagnóstico de depressão que permanecessem internados durante 6 a 7 dias. Desta forma, esta dificuldade traduziu-se na reduzida amostra de utentes a quem foi possível completar as 6 sessões.

Desta forma, não nos é possível extrapolar os resultados obtidos, o que pode consistir numa limitação deste estudo. Contudo, permite-nos inferir nalgumas conclusões para sugestão de trabalhos futuros, nomeadamente em apostar num plano de sessões mais reduzido.

As limitações inerentes ao estudo dizem respeito, essencialmente, à inexperiência quanto à realização de trabalhos de natureza investigativa, o que se manifestou por constantes dúvidas e preocupações quanto a decisões a tomar, contudo, observou-se uma evolução quanto a este aspeto, com o decorrer do trabalho. Por outro lado, o facto de, na pesquisa bibliográfica, terem sido encontrados relativamente poucos trabalhos de investigação, no que concerne ao fenómeno em estudo, dificultou a análise dos dados à luz de resultados já obtidos noutros estudos. Por este aspeto, é demonstrado, novamente, a pertinência da realização de um trabalho do tipo exploratório.

Ainda inerente às limitações do estudo, é de salientar a temporalidade em que decorreu o Ensino Clínico I e III e, conseqüentemente, o tempo disponível para se proceder à recolha de dados e tratamento dos mesmos, que se manifestou ser reduzido.

Para além deste aspeto, realçam-se ainda como limitações do estudo as inerentes aos próprios métodos de recolha de dados utilizados. Neste sentido, o facto de a investigação ter decorrido da prestação de cuidados de enfermagem, pressupõe que a informação recolhida seja sujeita à interpretação do entrevistador, estando também dependente da relação estabelecida com os participantes do estudo, conferindo-lhe assim, um carácter mais subjetivo que se procurou colmatar pela discussão e análise feita em conjunto com os diferentes elementos da equipa de enfermagem e orientador.

No que se refere às mais-valias deste estudo, considero que através da realização do mesmo pude aprofundar algumas competências na área da investigação baseada na evidencia, respondendo a uma das competências do enfermeiro segundo a ordem dos enfermeiros (2010). No final das sessões instituídas a cada um dos utentes foi-me verbalizado pelos mesmos uma sensação de bem-estar e de grande interação com a enfermagem durante o período de internamento. Uma das utentes envolvidas no estudo referiu inclusivamente sentir *"uma motivação diferente para refletir acerca dos problemas da vida"* (sic). Tendo em conta que após cada sessão, discutia cada uma delas com a equipa de enfermagem, nomeadamente nas passagens de turno, considero que a implementação deste estudo me enriqueceu a passagem pelo ensino clínico e me despertou o interesse para implementação de algumas destas sessões na minha prática profissional diária. É através de novos conhecimentos, comportamentos e atitudes que se contribui para um cuidado personalizado, e assim, as nossas práticas de cuidados poderão vir a ser significativamente diferentes, mais ajustadas e com maior potencial de êxito em termos de resultados, contribuindo para a excelência do exercício profissional.

4. CONCLUSÃO

A realização do presente relatório permitiu-me realizar uma reflexão crítica e estruturada acerca das minhas intervenções enquanto enfermeira especialista e Saúde Mental e Psiquiatria que decorreram desde a minha formação especializada, no âmbito dos Ensinos Clínicos I, II e III, bem como no decurso da minha vida profissional que decorreu desde essa altura até à atualidade.

Após a reflexão pude constatar a apropriação de conhecimentos que integrei na minha prática profissional especializada. Segundo Alarcão (2005), num ambiente formativo, é suposto que o aluno integre e mobilize conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, pela interação com situações e contextos reais, na sua previsibilidade e imprevisibilidade, contribuindo para o desenvolvimento da identidade profissional.

Segundo Furter (1982), citado por Soares (2008), a reflexão é de crucial importância para a prática pedagógica, pois permite a atribuição de um significado à própria ação, distanciar-se da sua ação de forma a percebê-la na sua globalidade e ponderar os limites e possibilidades da prática, promover a relação entre o eu e a prática, entre os objetivos e as consequências, o que se pensa e o que se faz, possibilitando assim uma maior responsabilidade e compromisso por parte do (futuro) profissional.

Para além de um aumento de conhecimentos e competências desenvolvidos, enquanto profissional, ao longo do tempo, gostaria de salientar o aumento de conhecimentos que pude desenvolver acerca de mim mesmo. Este autoconhecimento e autoanálise encontram-se demonstrados pela janela de johari esquematizada anteriormente.

É importante reforçar que “Não é a prática que ensina... é a reflexão sobre a prática” (Zheichner, 1993). Sem qualquer reflexão acerca das nossas práticas não há aprendizagem e desenvolvimento, o que é de fulcral importância para qualquer ciência, nomeadamente a enfermagem.

Numa primeira fase do relatório foi feita a apresentação dos diferentes contextos em que as competências especializadas foram desenvolvidas, tendo sido de crucial importância aprofundar conhecimentos acerca de cada uma das instituições quanto à sua organização, recursos humanos, recursos materiais e fundamentalmente compreender o funcionamento de cada contexto de forma a adequar o planeamento de atividades que pretendia desenvolver à realidade de cada local.

As intervenções realizadas quer no âmbito dos ensinamentos clínicos como enquanto profissional foram analisadas as que se enquadravam no âmbito do domínio das competências comuns e das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, segundo os regulamentos nº122/2011 e nº. 129/2011 respetivamente.

No domínio das competências comuns saliento as seguintes: domínio da melhoria da qualidade e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No que se refere às intervenções que visam a melhoria contínua da qualidade, foram realizadas várias intervenções e projetos no âmbito da equipa multidisciplinar dos serviços, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo por base as necessidades identificadas/demonstradas em cada um dos contextos. No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais destaco o processo de reflexão crítica desenvolvido ao longo das diferentes intervenções realizadas, devidamente estruturado e documentado através da realização de diários de aprendizagem segundo o ciclo de Gibbs.

No domínio das competências específicas saliento que uma das competências que destacam foi a F1 que se encontra relacionada com o desenvolvimento do autoconhecimento e consciência de si por parte do enfermeiro especialista em saúde mental. Esta foi uma das competências que foi transversal a todas as atividades de prestação de cuidados que realizei e na qual mais trabalhei a nível individual/profissional, através do desenvolvimento de diários de aprendizagem e da *Janela de Johari* numa retrospectiva entre o antes da minha formação especializada e depois da minha formação e atividade profissional enquanto especialista. Estes

processos reflexivos tiveram subjacente a participação e discussão com os supervisores dos Ensinos Clínicos e com outros profissionais das equipas multidisciplinares.

Destaco ainda uma das competências mais desenvolvidas no domínio das competências específicas e que consiste na F3, que nos salienta que o enfermeiro ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. Neste âmbito, saliento a importância de integrarmos a família no plano de cuidados como o nosso cliente e foco de intervenção, tendo por base a teoria sistémica em que alterações num dos elementos da família se repercutem em todo o sistema. Para além das intervenções realizadas em ensinos clínicos, destaco também a intervenção enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria com os utentes com diagnóstico de Esclerose Múltipla, assim como às suas famílias, enfatizando a importância de se estabelecerem e reforçarem os canais de comunicação, bem como o seu acompanhamento nas diferentes fases de adaptação à doença.

Por fim, destaco a competência F4, relacionada com a prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. Esta competência permitiu-me conhecer de forma mais clara e aprofundada os conceitos de psicoeducação, psicoterapia, socioterapia e reabilitação psicossocial, de forma a melhor justificar a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental. Destas saliento a intervenção psicoterapêutica, na qual me debrucei mais atendendo ao trabalho de investigação realizado, bem como ao meu contexto de trabalho e ao contexto de utentes a quem presto cuidados de enfermagem. Contudo, estas intervenções não são estanques, sendo as restantes (socioterapia, psicoeducação e socioterapia) facilmente integradas nos planos de cuidados estruturados e implementados.

Saliento por último o trabalho de investigação realizado e descrito no último capítulo deste relatório. O desenvolvimento deste estudo permitiu-me a aquisição de novas competências enquanto enfermeira especialista, bem como o aprofundamento de outras.

Tal como foi descrito anteriormente, na realização deste trabalho destaco a escassez de tempo para a sua implementação. Contudo, permitiu-me concluir a importância de um trabalho de investigação similar, no âmbito do stress e ansiedade, futuramente.

Em suma, considero que este relatório me permitiu refletir e sistematizar um conjunto de competências como enfermeira especialista já desenvolvidas, mas também me permitiu inferir na necessidade de as continuar a desenvolver na minha atividade profissional futura, sendo este ainda um início da minha identidade enquanto enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos da Medicina Baseada na Evidência.

Bomar, Perry, J. (1996). *Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions*. 2ª edição. Philadelphia: W. B. Saunders.

Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos da Medicina Baseada na Evidência.

Caballo, V. (1996). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. Lisboa: Santos editora.

Cabral, M., Silva, P. (2010, Março). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. In. *Conferência Conclusões: A adesão à terapêutica em Portugal*. Lisboa. Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Alto Comissariado de Saúde.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2006). *Guia para a defesa dos direitos em saúde mental*. Lisboa: Alto Comissariado de Saúde.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010). *Cuidados Integrados e recuperação. Manual de trabalho versão 1.3*. Porto: Alto Comissariado de Saúde.

CHON (2011). *Relatório de actividades 2010*. Caldas da Rainha: Psiquiatria e Saúde Mental.

Fernandes, W.; Svartman, B.; Fernandes, B. (2010) – *Grupos e configurações vinculares*. Artmed.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. 1ª edição. Loures: Lusociência.

Hanson, S.; & Boyd, S. (1996). *Foundations of family health care nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

International Council of Nurses (2005). CIPE/INCP – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* - beta 2, 3ª edição. Lisboa.

Kaplan, G. (1980). *Princípios da psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar editores.

NICE (2003). *National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care*. NHS: London.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE.

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

Pereira, Maria Aurora (2008). *Comunicação de Más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

Pinto, A., & Soares, I (2010). *Sistemas de gestão da qualidade: Guia para a sua implementação*. Lisboa: Edições sílabo.

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

Ross, R., & Frances, A. (2004). *Casos clínicos: DSM-IV-TR – Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi editores.

Stuart, G. e Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica*. (6ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora.

Tommey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª edição. São Paulo: Roca.

Artigos de publicações periódicas

Benevides, D., & Pinto, A., Cavalcante, C., & Jorge, M. (2010). Cuidado em Saúde Mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectiva dos trabalhadores de saúde. *Interface-comunicação, saúde, educação*, 32(14), 127-138.

Figueiredo, A. L. Sousa, L., & Dell'Aglio Jr, J.C, & Argimon, I.I.L (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Rev. Bras. de Terapia Comp. Cogn., Campinas*, 11 (1), 15-24.

Lopes, R. S., & Lopes, E. (2008). Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* X (1), 39-49.

Loureiro, L.; Barroso, T.; Oliveira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de enfermagem referência*, III (6), 157-106.

Marcolino, J., & Mathias, L., & Filho, L., & Guaratini, A., & Suzuki, F., & Alli, L. (2007). Escala Hospitalar de Ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista brasileira anestesiologia*, 57 (1), 52-62.

Maruiti, M., & Galdeano, L., Farah, O. (2008). Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. *Acta Paulista Enfermagem*, 21(4), 636-642.

Oliveira PS, N., & Silva, A, & Ferreira, F. (2005). Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva. *Rev. Eletr. Enf.*, 7 (1), 54-63.

Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 26 (1), 87-114.

Teses, Dissertações e outras Provas Académicas

Cachapa, M.L. (2007). *Desemprego, qualidade de vida e stress: um estudo na região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.

Moreira, I. (2000). *O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência do cuidar vivenciado pela família*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Neto, J.M.N, & Pereira, D.M., & Freire, S.C. *Ansiedade e depressão: Estudo sobre profissionais de Enfermagem que trabalham com pacientes portadores de distúrbios mentais*. Dissertação. Faculdade de ciências da Saúde, São Paulo.

Redondo, P. (2009). *A ansiedade em familiares cuidadores de doentes oncológicos: programa de intervenção cognitivo-comportamental*. Dissertação. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e ciências da educação, Lisboa.

Santos, E.M.M (2009). *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico*. Dissertação de Doutoramento em didática. Universidade de Aveiro, Aveiro.

Silva, M. (2007). *A micro-análise da comunicação em psicoterapia: comparação da psicologia clínica positiva com a terapia cognitivo-comportamental*. Dissertação. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e Ciências da educação, Lisboa.

Soares, C. (2008). *Da investigação à educação*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.

Documentos eletrónicos

Existe relação biológica entre stress, depressão e ansiedade In: Nature Neuroscience. Acedido a 12 de Fevereiro de 2012 em <http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=41573&op=all>

Carta dos direitos e deveres do doente. In: Ministério da saúde. Acedido em 20 Abril 2012 em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>

Comunicação de más notícias. Pires, Adriana (s.d). Acedido em 3 de Março de 2014 em <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/COMUNICA%C7%C3O%20DE%20M%C1S%20NOT%CDCIAS.pdf>

Carta dos direitos e deveres do doente internado. Direção geral de saúde. Acedido em 20 Abril 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Código Deontológico dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros (2009). Acedido a 28 de Abril 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Departamento de psiquiatria e saúde mental. Hospital Distrital de Santarém (2011). Acedido em 1 de Janeiro 2014 em <http://www.hds.min-saude.pt/>

Deliberação nº 51/2001. In: Comissão Nacional de Protecção de Dados. Acedido em 1 de Abril de 2014 em <http://www.cnpd.pt/bin/orientacoes/DEL51-2001-ACESSO-DADOS-SAUDE.pdf>

Lei nº 67/98 de 26 de Outubro. In: Comissão Nacional de protecção de Dados. Acedido em 1 de Abril de 2014 em http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/lei_6798.htm

Investigação em Enfermagem: Tomada de posição. Ordem dos enfermeiros (2006). Acedido em 12 de Fevereiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Socioterapia. Neto, Arthur (s.d). Acedido a 2 de Julho 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Lei n° 36/98. Acedido em 2 de Fevereiro 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/10-atestados/Lei-36-98_SaudeMental

Literacia em saúde. In: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. OMS (1998). Acedido em 2 de Fevereiro de 2014 em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>

Plano de acção para a saúde 2004. Ministério da saúde (2004). Acedido em 1 de Fevereiro 2014 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006224.pdf>

Socioterapia. Calvo, L. (2011). Acedido em 2 de Julho de 2012 em <http://socioterapiagestalt.blogspot.pt/>

Diário da república

Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas. Diário da República 2º série. N° 35 (11-02-18), 8648-8653.

Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. Diário da República 2º série. N° 35 (11-02-18), 8669-8673.

ANEXOS

ANEXO I

Contrato terapêutico

ANEXO II

Formação em serviço HDS

ANEXO III

Escala HAD

ANEXO IV

Formação em serviço CHON

ANEXO V

Sessão psicossocial: intervindo na família...

ANEXO VI

Sessão psicossocial: Projeto de vida

ANEXO VII

Sessão de socioterapia: reunião comunitária no serviço... regras do serviço

ANEXO VIII

Sessão de socioterapia: A alta

ANEXO IX

Sessão de psicoeducação: Adesão ao regime terapêutico

ANEXO X

Sessão de psicoeducação: O stress

ANEXO XI

Psicoterapia: o que sabe acerca da sua doença

ANEXO XII

Sessão de psicoterapia: um momento para se expressar

ANEXO XIII

Sessão de psicoterapia: como sou eu?

ANEXO XIV

Sessão de psicoterapia: pensamento positivo

ANEXO XV

Vamos resolver os nossos problemas

ANEXO XVI

Eu consigo gerir a minha ansiedade

ANEXO XVII

Vamos relaxar

ANEXO XVIII

Autorização do HDS