

ANEXO I

Protocolo Hospital de dia II

1. Objetivo

Definir as intervenções a desenvolver pelos enfermeiros da consulta externa do ambulatório de psiquiatria, visando a melhoria da qualidade de vida dos utentes, família e comunidade, tendo em vista a proteção e promoção da saúde mental como garantia na qualidade dos cuidados prestados.

Criar projetos terapêuticos em ambiente protegido, aliando programas que estimulem diversas competências do indivíduo portador de doença mental, que vão desde os aspetos relacionais e de gestão de conflitos às habilidades socioprofissionais e de desempenho de atividades de vida diária, no seio da sua família e na comunidade.

Valorizar o papel da família e da comunidade.

Diminuir o recurso ao internamento.

2. Âmbito

Aplica-se a todos os enfermeiros que integram a equipa de enfermagem da consulta externa do serviço de ambulatório de psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHMT.

3. Definições

Hospital de Dia II: Pressupõe a prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

4. Descrição

4.1. Quem executa

Enfermeiro/os da equipa de enfermagem designado/os para a terapia.

4.2. Horário

O Hospital de Dia II funciona do período das 9 horas às 17horas, às segundas-feiras e quintas-feiras, realizando intervenções em grupo com duração de 1/2horas.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
— . — . — . — . —					1/3

4.3. Metodologia

O Hospital de Dia II pressupõe a aplicação de vários cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional ao utente, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.

O processo de enfermagem a aplicar será o implementado no CHMT, direcionado para a colheita de dados de forma a avaliar as necessidades alteradas no domicílio, planeamento de intervenções adequadas, tratamento de dados e avaliação das intervenções realizadas, através da aplicação de escalas validadas.

4.4. Orientações quanto à observação/prestação de cuidados

- O Enfermeiro deverá possuir experiência e sensibilidade na abordagem ao doente/família/cuidador, em particular na optimização da saúde mental e que tenha presente os passos do processo de enfermagem.
- Avaliar as necessidades de intervenção de enfermagem, a todos os doentes encaminhados para o Hospital de Dia II.
- Desenvolver programas no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.
- Acompanhar o utente ao longo das sessões avaliando os ganhos em saúde.
- Reduzir o número de recaídas/desistências e consequentes internamentos.
- Melhorar a qualidade de vida dos utentes, família e comunidade onde se inserem.
- Garantir a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral, adquirida enquanto profissional.

4.5. Encaminhamento

O encaminhamento para o Hospital de Dia II faz-se através de uma avaliação pela equipa multidisciplinar das necessidades alteradas dos doentes/família/cuidadores (adultos) a frequentar a Consulta Externa de Psiquiatria, abrangidos pelo Ambulatório de Psiquiatria do CHMT, (garantindo-se desta forma a universalidade dos cuidados):

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
— . — . — . — . —					2/3

- Seguidos na consulta de Psiquiatria;
- Seguidos na consulta de Enfermagem;
- Seguidos na consulta de Psicologia;
- Internamento de Psiquiatria;
- Seguidos nos grupos terapêuticos.

4.6. Funcionamento

O Hospital de Dia II constitui uma alternativa às valências já existentes (internamento, hospital de dia I e consulta) fornecendo assistência pós alta hospitalar e Hospital de Dia I em regime completo de dois dias por semana permitindo ao utente permanecer em contato com o seu meio familiar/profissional/social e beneficiar de atividades terapêuticas e de processos de readaptação.

Trata-se de um espaço de socialização e de integração social, onde é nuclear a dinâmica grupal, a formação e reinserção sócio-profissional. O seu âmbito estende-se igualmente à família, promovendo o reestabelecimento de laços harmoniosos e dinâmicos entre os seus elementos.

A intervenção terapêutica é feita através de:

Sessões semanais (2 vezes por semana):

- Em grupo;
- Individuais;
- Em família, sessões psicoeducacionais que permitem a formação /informação das famílias e a integração familiar do utente.

Atividades desenvolvidas:

- “Grupo movimento”;
- “Grupo multifamílias”;
- Treino de competências sociais;
- Cozinha terapêutica – AVD’s;
- Intervenções sociodramáticas;
- Atelier: “grupo leitura/teatro”.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
— . — . — . — . —					3/3

ANEXO II

Estudo de Caso I (Ambulatório de Psiquiatria)

INTRODUÇÃO

No âmbito do âmbito dos ensinos clínicos I do 2º mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, e apresenta-se como uma forma, desenvolvido na Serviço de Ambulatório de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Médio Tejo no Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar, tendo sido uma proposta de âmbito curricular.

Um estudo de caso consiste em apresentar, de forma sucinta, uma situação real ou fictícia, para ser discutida em grupo, este proporciona o desenvolvimento da capacidade analítica e o espírito científico, permitindo a interiorização dos conceitos.

A escolha desta situação teve por base alguns aspectos entre os quais o facto de a patologia em causa ser uma Esquizofrenia Paranóide (patologia do foro mental e psiquiátrico muito comum) que despertou em mim um profundo interesse em querer aprofundar conhecimentos acerca desta patologia, também o facto de o doente permanecer em Ambulatório durante o tempo permitiu-me uma melhor recolha de dados. O envolvimento da sua família permitiu uma maior diversidade de fontes de informação, para além de uma promoção de um ambiente familiar saudável, reduzindo os níveis de *stress*.

Com a realização deste trabalho, pretendo desenvolver enquanto futura especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, as minhas capacidades e competências, principalmente competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Estabelecendo relações de confiança em parceria com o cliente, assim como aumentar o seu insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Inicialmente será realizada uma breve contextualização da História Clínica de Enfermagem, seguidamente o exame mental. Posteriormente desenvolver-se-á o plano de cuidados, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2.

HISTÓRIA CLÍNICA

A importância da história clínica não deve ser subestimada. Esta etapa do processo permite que se estabeleça a relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente adequada e passível de alcançar bons resultados em enfermagem. Para além disso, permite obter os elementos essenciais da história clínica do doente, como os factores pessoais, familiares e ambientais relacionados com o processo saúde/doença, permitindo assim direccionar o processo terapêutico em função da globalidade do doente.

O Sr. RA tem 38 anos, sexo masculino, raça caucasiana, Católico não praticante, vive no conselho de Ourém, mas já esteve imigrado em França. Tem o 12º ano de escolaridade completo e frequentou a universidade até ao 3º ano de Curso de Línguas, não o tendo completado. É solteiro e vive com os pais, estando de momento desempregado.

Relativamente à sua história familiar, o cliente tem mais três irmãos, um mais velho (41 anos) e dois irmãos gémeos mais novos (35 anos). O pai é carpinteiro e a mãe doméstica, sem história familiar de doença psiquiátrica, nem hábitos de consumo na família conhecidos.

Em anexo encontra-se o genograma da família do Sr. RA (ANEXO I).

Quanto à sua história pessoal o Sr. RA nasceu de parto eutócito, sempre foi bom aluno até aos 23-24 anos altura em que começou a chumbar. Mentia aos pais para arranjar dinheiro. Depois de ser expulso da residência universitária, ficou meses fechado em casa onde escrevia muito, dizendo aos pais que estava a trabalhar. Segundo os pais sempre foi de se isolar, mesmo em criança, não se interessava pelo mesmo que os irmãos, desde cedo que só brincava com bonecas.

Por volta dos 26-27 anos foi para a França por pressão de 2 colegas que já lá se encontravam, onde chegou mesmo a trabalhar. Não ficava muito tempo nos empregos porque dizia que lhe pagavam pouco. Quando regressou contou aos pais que era homossexual. Referem que vinha em mau estado, nunca sorria.

Em 2011, foi internado no serviço de Psiquiatria do CHMT (Centro Hospitalar do Médio Tejo) para avaliação clinico-psiquiátrica de urgência por episódio de violência,

que segundo irmão não foi episódio único, pois desde os 24 anos que começaram estas atitudes, altura em que descobriram que consumia drogas e posteriormente revelou que tinha sida. Foi durante o internamento que também se confirmou HIV positivo.

À entrada nega consumo actual de drogas, assumindo consumo esporádico há vários anos. Nega alucinações auditivas actuais mas admite-as no passado, “era tudo misturado... já chamaram nomes...chamavam malandro... incomodava-me quando eu gostava de fazer qualquer coisa, e acabava por não fazer, por causa de ouvir as vozes...”Sic

É seguido em consulta de ambulatório de Psiquiatria do CHMT por Esquizofrenia Paranóide. A esquizofrenia é uma perturbação psicótica, que apresenta vários subtipos, dentre eles o tipo paranóide. Tem duração mínima de um mês, envolvendo disfunções cognitivas e emocionais, estando estas associadas a um prejuízo no funcionamento social e ocupacional do indivíduo. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), os delírios na esquizofrenia paranóide são tipicamente persecutórios ou grandiosos. Os temas persecutórios podem predispor o indivíduo ao comportamento suicida e a combinação de delírios persecutórios e grandiosos pode predispor à violência. Aspectos associados incluem ansiedade, raiva e tendência a discussões.

Em Consulta de Enfermagem o utente descreve isolamento, passa muito tempo na cama, apresenta lentificação psicomotora, refere que “não consigo ter iniciativa” SIC. Tem tido dificuldade em transmitir ideias. Tem algum receio quando sai à rua, referiu ter sido agredido em Lisboa e pensa que possa acontecer de novo. Nega atividade alucinatória mas pensa muito em episódios anteriores, tem pesadelos que o fazem acordar de noite. Denota também exacerbação de alguns ruídos, como o barulho de carros quando viaja e sente-se incomodado na presença de muitas pessoas.

EXAME MENTAL (05.03.2013)

• **Apresentação**

A utente apresenta-se com vestuário adequado à estação do ano. O arranjo pessoal encontra-se de acordo com a condição social. Apresenta-se com roupa limpa e com uma higiene cuidada. Não apresenta defeitos físicos ou traumáticos.

• **Postura**

Apresenta uma postura retraída.

• **Motricidade**

Relativamente ao estado psicomotor encontra-se lentificado.

• **Expressão facial / Mímica**

Apresenta feições hipomímicas.

• **Contacto**

Apresenta contacto fácil.

• **Movimentos dirigidos**

o doente apresenta manuseamentos (ou seja, manipulação de tudo o que se encontra no seu alcance).

• **Discurso/linguagem (como fala?)**

Quanto à velocidade do discurso a utente apresenta pressão do discurso (linguagem acelerada) e quanto à qualidade do discurso apresenta disartria (dificuldade em articular as palavras)

• **Consciência e Orientação**

Apresenta-se orientado auto e alopsiquicamente.

• **Humor**

Apresenta humor depressivo.

- **Afetos**

Quanto aos afetos estes são sintónicos.

- **Emoções**

A utente apresenta-se numa reação emocional de luto.

- **Pensamento** (como pensa?). O pensamento pode avaliar-se em termos de curso do pensamento (relacionado com a quantidade de discurso que o indivíduo debita num espaço de tempo determinado); forma do pensamento (forma como o indivíduo orienta o seu pensamento até chegar ao objetivo inicial); posse do pensamento (sensação de possuir ou ser dono de determinado pensamento bem como o seu controlo) e conteúdo do pensamento (juízo do indivíduo, da capacidade de fazer uma análise crítica a si próprio, ao seu meio e às situações envolventes).

Assim, o utente apresenta-se relativamente ao curso do pensamento com bloqueio do pensamento, isto é, uma súbita paragem do pensamento seguida de um completo vazio, na ausência de qualquer fator emocional ou situacional; em relação à forma do pensamento apresenta pensamento incoerente ou saltitante (uma sintaxe correta, mas as ideias não estão interligadas) e fuga de ideias (“saltar” de um tema para o outro o que pode tornar o discurso incoerente); quanto à forma do pensamento esta apresenta pobreza do pensamento (ligado ao pensamento vago) e pensamento desagregado (ideias não interligadas, com sintaxe incorreta); quanto à posse a utente não manifesta qualquer alteração e, por último, relativamente ao conteúdo do pensamento este não se encontra alterado.

- **Percepção**

Utente apresenta alucinações auditivas do tipo imperativo e conteúdo persecutório.

- **Memória**

Utente apresenta sem alterações de memória.

- **Funções biológicas vitais**

Em relação ao instinto de conservação o utente não manifesta qualquer tipo de ideação suicida, automutilação, ideias de morte.

Em relação à fome / sede manifesta alguma anorexia e polidipsia.

Em relação à libido o próprio não referiu qualquer alteração.

Em relação ao sono apresenta insónia.

DIAGNÓSTICOS CIPE Versão 2

Diagnósticos de Enfermagem: Ansiedade (intensidade avaliada – escala) Medo actual				Data: 05.03.2013
Intervenção de Enfermagem	Início	Actividades	Avaliação	Fim
Providenciar escuta activa.	05.03.2013	Em consulta de Enfermagem encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos. Ajudar o doente na identificação de situações problema geradoras de ansiedade.	Percepciona-se fobia social, associada a situação traumática do passado, em que foi vítima de violência nas ruas de Lisboa. Refere alguns períodos de exacerbação dos estímulos auditivos “os carros parecem ir mais depressa e fazem mais barulho”.	18.03.2013
Instruir doente sobre técnicas de relaxamento.	11.03.2013	Descrever o benefício das técnicas de relaxamento. Explicar técnicas de relaxamento (jacobson, respiração, autogénito).	11.03.2013 - Na primeira sessão não se verificou um conhecimento adequado da técnica de relaxamento. 14.03.2013 Ao longo das consultas foi explicado o benefício da aplicação de técnicas de relaxamento como a respiração no dia - a - dia. Utente mostrou-se atento e interessado.	18.03.2013
Implementar técnica de Relaxamento.	11.03.2013	11.03.2013 Técnica de relaxamento progressivo de Jacobson 14.03.2013 Apesar de reconhecer a possibilidade de beneficiar com sessões	11.03.2013 Verbalizou ter usufruído a sessão. Não mostrou variação nos sinais vitais antes e após sessão. A meio da sessão mostrou alguns sinais de inquietude e deixou de cumprir	11.03.2013

		de relaxamento, não consegue vir com a frequência desejada pela distância física a que se encontra do Hospital e por economicamente ser inviável se deslocar mais que um dia por semana. Assim, não foi possível ser inserido no grupo de relaxamento às segundas-feiras.	comando de relaxamento.	
Avaliar capacidades do doente para executar técnica de Relaxamento.	11.03.2013	Observar comportamento do utente, linguagem verbal e não-verbal.	11.03.2013 A meio da sessão mostrou alguns sinais de inquietude e deixou de cumprir comando de relaxamento.	11.03.2013
Implementar técnica de reestruturação cognitiva.	14.03.2013	Enfatizar a importância da auto-observação para descobrir os processos de ansiedade. 14.03.2013 Reestruturação cognitiva. Fornecer tabela de registo de emoção medo, pensamentos irracionais associados, nível de ansiedade atribuído, e comportamento social manifesto	21.03.2013 - Utente trouxe registo da emoção medo e nível de ansiedade, e conseguiu converter pensamentos irracionais em racionais. Foi auxiliado a fomentar suporte para a racionalidade de cada pensamento. Atribui inferior percentagem de ansiedade após reformulação cognitiva. 04.04.2013 - Trouxe registo para reestruturação cognitiva. Atribui inferior percentagem de ansiedade após reformulação cognitiva. 18.04.2013 - Não trouxe registo de reestruturação cognitiva pois refere não ter acontecido nenhuma situação que desencadeasse medo/ansiedade.	18.04.2013
Promover a participação em actividades de	05.03.2013	Em consulta de Enfermagem descrever o	Doente participou em todos os grupos	18.04.2013

distracção.		benefício das técnicas de distracção, incentivar o doente a escolher as técnicas de distracção desejadas (música, ler e escrever), encorajar a presença em grupos terapêuticos (Treino de Competências Sociais, Sociodrama e Relaxamento), reforçar positivamente a participação em actividades. Passar tabela de registo de actividades diárias	terapêuticos propostos. Desenvolveu ao longo das semanas um plano de actividades mais completo	
Resultados Ansiedade diminuída. Medo diminuído.				Data 18.04.2013

Diagnóstico de Enfermagem: Sono Comprometido				Data: 14.03.2013
Intervenção de Enfermagem	Início	Actividades	Avaliação	Fim
Ensinar sobre estratégias a adoptar para facilitar sono.	14.03.2013	Estabelecer com o doente um programa de actividades diurnas, estabelecer um horário para se deitar e acordar, reduzir estímulos externos fortes antes de dormir.		18.04.2013
Instruir sobre técnicas de relaxamento.	11.03.2013	Descrever o benefício das técnicas de	Utente refere utilizar a técnica de relaxamento	14.03.2013

		relaxamento. Explicar técnicas de relaxamento aplicado.	Jacobson que aprendeu, antes de dormir e que sente-se melhor	
Instruir sobre a importância do sono.	14.03.2013	Providenciar informação acerca da importância do sono na saúde mental e saúde em geral.		18.03.2013
Gerir medicação hipnótica.	14.03.2013	Medicação actualizada Mirtrazapina 30 - 0001 Lexotan 1,5 - 1100 + SOS		18.03.2013
Resultados Sono melhorado				Data 18.04.2013

Diagnóstico de Enfermagem: Défice de Conhecimento Sobre a Doença (Esquizofrenia Paranoide)				Data: 05.03.2013
Intervenção de Enfermagem	Início	Actividades	Avaliação	Fim
Ensinar sobre doença.	05.03.2013	Providenciar informação acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico, se apropriado; explicar o processo evolutivo, bem como as sensações decorrentes da mesma;	Utente mostrou interesse em perceber melhor a sua doença. Mostrou-se atento a todas as actividades de ensino da doença e uma melhor consciência da sua doença, como se verificou na Sessão de Sociodrama de dia 21.03.2013.	18.04.2013

		fornecer informações sobre os recursos terapêuticos disponíveis.		
Ensinar sobre Regime de Tratamento.	05.03.2013	Fornecer informação acerca da importância da terapêutica. Fornecer esquemas sobre gestão de terapêutica.	O Sr. R. mostrou adesão à terapêutica e beneficiou do esquema para gerir a sua medicação.	18.04.2013
Providenciar apoio emocional.	05.03.2013	Permanecer com o doente e proporcionar sentimentos de segurança; motivar a utilização de mecanismos apropriados; discutir as experiências emocionais; ajudar a reconhecer sentimentos de ansiedade, medo e tristeza; facilitar identificação das estratégias que habitualmente adopta face aos sentimentos de medo; proporcionar ajuda na tomada de decisões.		18.04.2013
Avaliar o Conhecimento Sobre Doença.	11.04.2013	Avaliação dos conhecimentos do Sr. R. por aplicação de um questionário de auto avaliação da informação acerca da esquizofrenia	O Sr. R. mostrou não perceber os sintomas da doença e também a sua etiologia. Associa a causa da doença apenas ao consumo de drogas.	11.04.2013
Implementar Técnica de Psicoeducação	15.04.2013	A sessão que tem o seu Planeamento em, incidiu em: - Alargar os conhecimentos sobre a doença e diminuir os sentimentos de	15.04.2013 - O Sr. R. mostrou ao longo da sessão de Psicoeducação uma postura retraída, observou atentamente a explicação mas só participou quando era estimulado.	15.04.2013

		culpa; - Reforçar a necessidade da adesão ao tratamento para controlo da doença; - Auto consciencialização dos participantes sobre estilos de comunicação interpessoal.	No questionário de avaliação da sessão o Sr. R. expressou especial interesse na aprendizagem sobre os sintomas positivos e negativos da doença. E também, os sinais de alerta para antecipar crises.	
Avaliar Atitude Face à doença.				
Resultados Conhecimento Sobre a Doença melhorado				Data 18.04.2013

Diagnóstico de Enfermagem: Socialização comprometida.				Data: 05/03/2013
Intervenção de Enfermagem	Início	Actividades	Avaliação	Fim
Encorajar a participação em actividades sociais	05.03.2013	Ajudar a programar actividades sociais de acordo com interesse, capacidades (plano semanal de actividades).	11/03/2013 Não foi capaz de trazer plano de actividades, incentivado a fazer no serviço. Fez com apoio. 21/03/2013 Trouxe plano de actividades mas sem avaliação, incentivado a fazer a avaliação no serviço. Fez com apoio. 28/03/2013 Trouxe o plano de actividades que	18.04.2013

			<p>apresentou completo. Mostrou-se feliz por constatar que desempenha tarefas ao longo dos dias. Arrumou o quarto, e organizou as suas coisas algo que fazia há muito tempo.</p> <p>04/04/2013 – Trouxe o plano de actividades completo, iniciou actividade de tradução, algo que lhe agrada muito.</p> <p>11/04/2013 – Trouxe o plano de actividades completo, mantém a actividade de tradução e conseguiu fazer uma caminhada. Mantem actividade de jardim, que iniciou com o início do plano de actividades.</p>	
Encorajar o desenvolvimento de inter-relações.	14.03.2013	<p>Encorajar a participação em actividades de grupo, de forma gradual;</p> <p>Ajudar a identificar problemas interpessoais;</p> <p>Permitir a verbalização de sentimentos associados a problemas interpessoais.</p>	<p>Utente iniciou actividades em grupo no ambulatório de Psiquiatria de Tomar. Mostrou uma melhoria significativa na interacção e relações interpessoais, que fomentou com os outros utentes.</p>	18.04.2013
Instruir doente sobre importância das actividades sociais	05.03.2013	<p>Utilizar comunicação de acordo com capacidades cognitivas;</p> <p>Dar tempo para o doente colocar perguntas</p>		18.04.2013

<p>Implementar terapia por treino de competências sociais</p>	<p>13.03.2013</p>	<p>Participação no grupo Treino de Competências Sociais:</p> <p>Dia 13.03.2013: Apresentação e passar Escala de Competências Sociais;</p> <p>Dia 28.03.2013- O TCS consistiu nos seguintes objectivos:</p> <p>(Promover as relações interpessoais; Promover desenvolvimento de competências não-verbais; Compreensão da importância, de saber usar adequadamente, na interação social - Expressão facial, Contacto visual, Sorriso)</p> <p>04.04.2013 – O TCS consistiu nos seguintes objectivos:</p> <p>(Fomentar ideias e temas de conversação; Fomentar a interação entre os participantes do grupo; Aplicar habilidades adquiridas no treino de observação - role-play)</p> <p>11.04.2013 - O TCS consistiu nos</p>	<p>Dia 13.03.2013 Postura corporal retraída mas manteve a comunicação com colega. Participou na realização de questões aos outros mas com pouca iniciativa. Referiu dificuldade no contacto com as pessoas desconhecidas e em realizar questões. Como expectativa referiu ganhar aptidões para comunicar.</p> <p>28.03.2013 - Não consegui puxar os cantos da boca para fora, verbalizou ter alguma dificuldade sem sorrir. Na expressão de surpresa esboçou ligeiramente o que era pretendido.</p> <p>Role-play - aproximou-se do colega para marcar uma consulta, realizou essa actividade com uma cara fechada, pouco expressiva. Com a repetição melhorou significativamente a capacidade de expressão.</p> <p>04.04.2013 - Referiu que não se apercebe da sua mímica facial. Verbalizou ainda que por vezes mantém um diálogo com os pais, é usual cumprimentar os pais quando chega a casa. Com uma postura retraída, comunicativo quando solicitado e verbalizou não ter muitas vezes “noção da sua expressão facial”.</p> <p>11.04.2013 – Em <i>roleplay</i> demonstrou</p>	<p>18.04.2013</p>
---	-------------------	---	---	-------------------

		<p>seguintes objectivos:</p> <p>(Conhecer os sinais não-verbais das emoções; Perceber o seu impacto na comunicação; Tornar consciente para cada participante os seus sinais não-verbais; Alterar os sinais verbais menos apropriados.)</p> <p>18.04.2013 - O TCS consistiu nos seguintes objectivos:</p> <p>(Detectar emoções através das emoções; Discriminar as características da qualidade da voz; Treinar a sensibilidade dos participantes à expressão de emoções através da voz.)</p>	<p>dificuldade em manter ou iniciar uma conversa. Manteve o contacto ocular com o outro utente. Quando se dirigiu a ele cumprimentou-o com um contacto físico (aperto de mão). Com alguns períodos de expressividade facial. A nível da comunicação não-verbal acenou por vezes mas com dificuldade na gesticulação.</p> <p>18.04.2013 – Ao longo da sessão teve alguma dificuldade em exprimir emoção pelas palavras, quando sugerido de ler uma mensagem de uma forma de pedido e numa forma de ordem, expressou mais dificuldade em exprimir a mensagem em forma de ordem. Pelo treino conseguiu melhorar subtilmente a expressão de emoções pela voz.</p>	
Providenciar apoio emocional	05.03.2013	<p>Permanecer com o doente e proporcionar sentimentos de segurança; motivar a utilização de mecanismos apropriados; discutir as experiencias emocionais; ajudar a reconhecer sentimentos de ansiedade, medo e tristeza; facilitar identificação das estratégias que habitualmente</p>	<p>Utente foi transmitindo alguma tristeza por se aperceber das suas dificuldades em competências sociais, mas obteve o apoio para superar as dificuldades.</p>	18.04.2013

		adopta face aos sentimentos de medo; proporcionar ajuda na tomada de decisões.	
Resultados Socialização melhorada			Data 18.04.2013

Diagnóstico de Enfermagem: Auto-estima diminuída				Data: 05.03.2013
Intervenção de Enfermagem	Início	Actividades	Resultados	Fim
Providenciar escuta activa	05.03.2013	Em consulta de Enfermagem encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos. Ajudar o doente na identificação de situações problema geradoras de ansiedade.		18.04.2013
Avaliar a Auto-estima.	11.03.2013	Aplicar escala de Rosenberg.	Score em anexo	11.03.2013
Implementar Terapia por Sociodrama.	11.03.2013	Melhorar o autoconhecimento por Sociodrama: 11.03.2013 Promover a coesão do grupo. Verbalização de problemas	11.03.2013 Conseguiu facilmente interagir com outra utente e aprofundar conhecimentos sobre as suas vidas pessoais. O tema escolhido pelos dois foi a Família, porque para o Sr. R. é onde se sente	11.04.2013

		<p>familiares. Realizar a dinâmica átomo social de forma a explorar a dinâmica familiar</p> <p>21.03.2013 Estátua – a doença. Solilóquio – o que pensa.</p> <p>28.03.2013 Referir os medos, atribuir uma cor e dramatizar o medo em estátua.</p> <p>04.04.2013 Dramatização da situação desencandadora da fobia social do Sr. R., por parte dos outros participantes e ego-auxiliar. Solilóquio: expressão dos sentimentos do utente que observou a cena relacionada com o seu medo. Proposta de execução do funeral do medo com dramatização.</p> <p>11.04.2013 Escolha de uma pessoa significativa na vida. Escolher objecto que a identifique, partilhar informações da personagem escolhida com outro utente, e dramatizar. Partilha de experiências/ emoções acerca da pessoa significativa</p>	<p>bem pelo bom relacionamento que tem. No átomo dramatizou o papel de pai da utente em que se fazia o átomo social. Referiu que sentia uma grande “tristeza” em estar de costas voltadas para a sua filha e notava falta de comunicação.</p> <p>21.03.2013 Consciência da doença. Representa como solidão e escuridão. Deseja mais capacidade de se levantar nos momentos de solidão.</p> <p>28.03.2013 Referiu que o seu medo ser público/multidões. Atribuiu a cor cinza. Em dramatização, colocou-se em cócaras, mãos nos ouvidos e cabeça baixa. Refere sentir “claustrofobia, peso na cabeça”.</p> <p>04.04.2013 Relatou a sua história pessoal com poucos pormenores, postura retraída, sob estimulação intensiva da directora da actividade. Observou a cena com traços sugestivos de nervosismo. Utente utilizou uma caixa para representar o caixão. Colocou tudo na caixa de uma forma passiva, e decidiu colocar a caixa simbolicamente com o seu drama no lixo. Fê-lo de uma forma calma. Quando questionado se queria que restantes participantes levassem flores</p>	
--	--	--	---	--

			para o funeral, houve um momento longo de silêncio em que o Sr.R. demonstrou um fáceis sugestivo de emoção, após esse silêncio decidiu que sim. No fim referiu sentir-se aliviado. 11.04.2013 Identificou a mãe como pessoa significativa, expressa-lhe amor e gratidão. Refere que vai muitas vezes junto da mãe para lhe mostrar afecto.	
Promover auto estima.	05.03.2013	Explorar as razões para a autocrítica, ajudar na identificação de capacidades e reforça-las positivamente, discutir tendências autodestrutivas.		18.04.2013
Resultados Auto estima melhorada				Data 18.04.2013

Diagnóstico de Enfermagem: <i>Stress</i> do Prestador de Cuidados (Pais)				Data: 05.03.2013
Intervenção de Enfermagem	Início	Actividades	Avaliação	Fim
Providenciar escuta activa.	05.03.2013	Em consulta de Enfermagem encorajar verbalização de sentimentos. Ajudar o prestador de	Pais do Sr. R. verbalizaram que o Sr. R. se isolava muito, era pouco participativo nas tarefas de casa, fechando-se no quarto. E não comunicava muito,	15.04.2013

		cuidados na identificação de situações problema geradoras de <i>stress</i> .	<p>tudo se traduzia numa enorme angústia para ambos.</p> <p>Recordaram o tempo em que o Sr. R. tinha crises com um comportamento diferente da conduta que era habitual, chegando muitas vezes à violência, e demonstraram interesse em perceber melhor a doença.</p> <p>A mãe do Sr. R. mostrou-se emocionada com o apoio e disponibilidade que há tantos anos procurava e agora estava a receber por parte do ambulatório de psiquiatria de Tomar.</p>	
Avaliar sobrecarga do Prestador de Cuidados	05.03.2013	Aplicar Escala de Zarit	Score em anexo	05.03.2013
Promover envolvimento do prestador de cuidados	05.03.2013	Definir com a família os papéis a desenvolver pelos diferentes membros; encorajar a participação nos cuidados pelos membros da família durante as crises do utente; informar os membros da família de acordo com a vontade do doente, sobre prestação de cuidados e capacidades/habilidades a potenciar; encorajar a focalização da família em aspectos positivos da situação clínica;	<p>Os pais do Sr. R. passaram a incentivar o utente a participar mais nas tarefas de casa, atribuindo-lhe actividades que deveria cumprir.</p> <p>Foi notório o envolvimento do pai do Sr. R. na estimulação do utente a participar em actividades sociais em família, como idas ao café, a cerimónias com a família, à feira.</p>	15.04.2013

		<p>sensibilizar os membros da família para a importância da manutenção das relações familiares; identificar os níveis de stress dos membros da família e apoiar o prestador de cuidados no uso de serviços que promovam o alívio do stress.</p>		
Implementar Técnica de Psicoeducação	15.04.2013	<p>Avaliação de conhecimentos da família do Sr. R. por acesso, gentilmente cedido por Enf^a de referência do Sr. R., a um questionário individual dos membros da família. Este, foi efetuado para efeitos de constituição de um grupo Multifamiliar. Nele, os pais do Sr. R. expressaram os seus conhecimentos acerca da doença do Sr. R.</p> <p>Planeamento da sessão com base no estudo do questionário individual dos membros da família.</p> <p>Planeamento em, incide em:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alargar os conhecimentos sobre a doença e diminuir os sentimentos de culpa; 	<p>15.04.2013 - Os pais do Sr. R. mostraram ao longo da sessão de Psicoeducação interesse e elevado envolvimento na aquisição de mais informação acerca da doença e também de técnicas para melhorar a comunicação entre a família. Reconheceram alguns erros na interpretação dos sintomas da doença do Sr. R., aos quais associavam a “um comportamento malandro e preguiçoso” SIC, por parte do utente.</p> <p>No questionário de avaliação da sessão expressaram especial interesse por perceber os factores etiológicos da doença e aprenderem formas de melhorar a comunicação na família.</p>	15.04.2013

		<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a necessidade da adesão ao tratamento para controlo da doença; - Auto consciencialização dos participantes sobre estilos de comunicação interpessoal. 	
Resultados			Data
Stress do Prestador de Cuidados melhorado			15.04.2013

Diagnóstico de Enfermagem:			Data:
Risco de alucinação (auditiva/ visual)			05.03.2013
Intervenção de Enfermagem	Início	Actividades	Avaliação
Providenciar escuta activa.	05.03.2013	Proporcionar ao doente a oportunidade de comentar as alucinações; incentivar a falar sobre sentimentos subjacente à alucinação;	Utente nega alucinações como tinha no passado, mas atribui ansiedade quando está com muitas pessoas por lhe parecer confuso. Explica que os barulhos elevados o perturba.
			Fim
			18.04.2013

		fornecer informação acerca da importância da terapêutica.		
Instruir sobre gestão de alucinação	05.03.2013	Orientar doente para: diminuir a estimulação ambiental, Permitir que o doente comente as alucinações, permitir que doente expresse os sentimento de forma adequada, estar atento ao conteúdo da alucinações, evitar discutir com o doente sobre a validade das alucinações; Orientar para procurar ajuda, se necessário, Utilizar adequadamente os recursos (pessoais, familiares, sociais e comunitários); Ajudar o doente a desenvolver controlo/responsabilização sobre os seus comportamentos; Orientar sobre importância do repouso e alimentação adequados; Sensibilizar para a importância de envolver o doente em actividades baseadas na realidade, que o possam distrair das alucinações	Ao longo das semanas o Sr. R. foi conseguindo gerir melhor a sua crítica para com a exacerbação dos estímulos auditivos. Com o plano de actividades foi conseguindo ir à feira com o pai, a algumas cerimónias com a família, foi também conseguindo controlar as suas horas de sono, com um planeamento adequado, responsabilizando-se por melhorar o seu estado geral.	18.04.2013
Avaliar alucinação actual	05.03.2013	Inquerir doente sobre presença alucinação, medo associado; Facilitar	Utente veio negando actividade psicótica, no entanto no dia 21.03.2013 referiu exacerbação	18.03.2013

		capacidade de para comunicar sentimentos associados.	dos estímulos auditivos, nomeadamente quando se encontrava no meio de muita gente ou andava de carro. Verbalizou que o barulho era muito grande e que isso o perturbava. Esta situação veio a ser melhorada com a aplicação da técnica de Reestruturação Cognitiva	
Resultados Percepção Sensorial sem Alterações				Data 18.04.2013

Escala Auto-estima

Analise cada afirmação avaliando com as opções de respostas a, b, c e d.

Escala de Autoestima - Rosenberg	
1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)	
2. Às vezes acho que não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior aos outros	
3. Eu sinto que tenho um tanto (um número de qualidades)	
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas (desde que me ensinadas)	
5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	
6. Às vezes, realmente sinto-me inútil (incapaz de fazer coisas).	
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (ao mesmo nível) às outras pessoas.	
8. Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).	
9. Quase sempre estou inclinado(a) a achar que se um(a) fracassado(a).	
10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, actos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).	
Opções de resposta:	
a) Concordo plenamente; b) Concordo; c) Discordo; d) Discordo plenamente	
Versão da Escala de auto-estima de Rosenberg após finalizado processo de tradução e adaptação cultural (versão EPM/Rosenberg)	

Fonte: Dini, Quaresma e Ferreira, 2004

Cálculo do score da escala de auto-estima

Afirmações 1, 3, 4, 7, 10

0 a) Concordo plenamente

1 b) Concordo

2 c) Discordo

3 d) Discordo plenamente

Afirmações 2, 5, 6, 8, 9

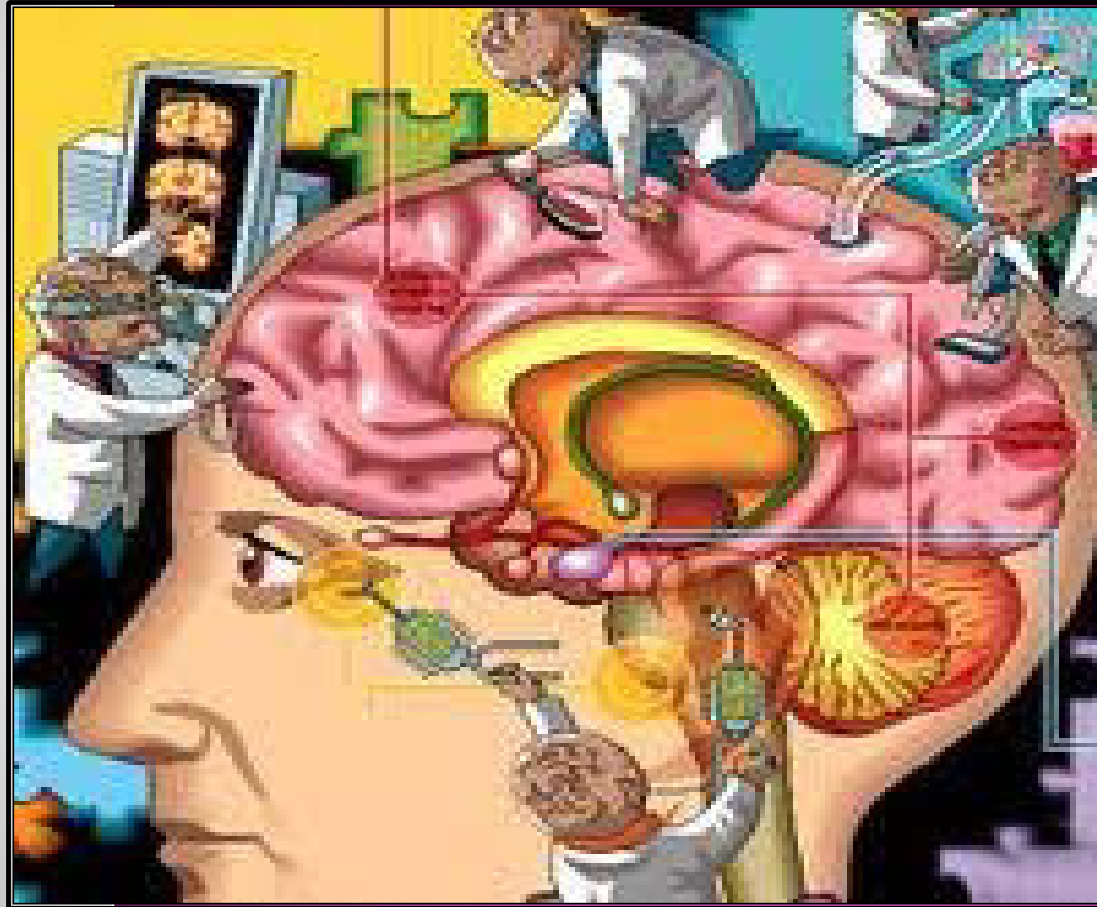
3 a) Concordo plenamente

2 b) Concordo

1 c) Discordo

0 d) Discordo plenamente

ESQUIZOFRENIA



Mestranda: Enf^a Tânia Felisberto
Tutora: Enf^a Marta Martinho

ESQUIZOFRENIA

- Perceber para bem viver com a doença



ESQUIZOFRENIA

- ◉ A esquizofrenia é uma doença do cérebro e do comportamento, complexa que dificulta:
 - ❖ Fazer a distinção entre as experiências reais e imaginárias
 - ❖ Pensar de forma lógica
 - ❖ Ter respostas emocionais normais
 - ❖ Comportar-se normalmente em situações sociais

CAUSAS

Especialistas em saúde mental não sabem ao certo a sua causa.

- Factores genéticos
- Factores ambientais
- Factores bioquímicos

SINTOMAS

- ◉ Sintomas positivos
- ◉ Sintomas negativos

Sintomas positivos	Sintomas negativos
Conteúdo do pensamento Delírios Religiosidade Paranóia Pensamento mágico	Afecto Afecto inapropriado Afecto indiferente/ incongruente Embotamento afectivo
Formas do Pensamento Frouxidão associativa Neologismos Pensamento concreto Circunstancialidade Tangencialidade Mutismo	Volição Incapacidade de iniciar uma actividade tendo em vista os objectivos Ambivalência emocional
Percepção Alucinações Ilusões	Comportamento do funcionamento interpessoal e no relacionamento com o mundo exterior Autismo Aparência descuidada
Sentido do Self Ecolalia Ecopraxia	Comportamento psicomotor Anergia Postura

Sintomas negativos (continuação)

Características Associadas

Anedonia (incapacidade de experimentar prazer)

Regressão

SINTOMAS POSITIVOS

- ❖ Relacionados com comportamentos e percepções, normalmente ausentes em pessoas sem doença
- ✓ Alucinações (Ver ou ouvir coisas que não existem)
- ✓ Delírios (Crenças ou pensamentos falsos que não têm base na realidade)
- ✓ Pensamentos que "pulam" entre assuntos que não estão relacionados (pensamento desordenado)
- ✓ Comportamento estranho (manter uma postura estranha sem motivo aparente)
- ✓ Agitação psicomotora

SINTOMAS NEGATIVOS

- Referem-se à ausência ou diminuição das emoções e comportamentos que normalmente estão presentes na pessoa sem transtorno
 - ✓ Expressão afectiva embotada (diminuição da expressividade facial)
 - ✓ Disfunção social (isolamento)
 - ✓ Pobreza na fala (diminuição da comunicação verbal)
 - ✓ Incapacidade de experimentar prazer
 - ✓ Retardo psicomotor (lentidão a falar)



SINTOMAS COGNITIVOS

- Déficit de memória e aprendizagem. Essas alterações podem ocorrer antes do primeiro do primeiro surto ou piorar nos primeiros anos do transtorno.



SINTOMAS NEUROLÓGICOS

- Os pacientes com início mais precoce e/ou formas mais graves da esquizofrenia podem apresentar sinais neurológicos, como tiques faciais, prejuízo dos movimentos mais finos (o que os torna mais desajeitados ou estabados), trejeitos e movimentos mais bruscos e descoordenados, aumento da frequência de piscar os olhos e desorientação direita-esquerda

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

- ◉ Paranóide
- ◉ Desorganizada
- ◉ Catatónica
- ◉ Indiferenciada
- ◉ Residual

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

- ◉ É a forma mais comum, caracterizada pela presença de delírios persecutórios e alucinações



Os sintomas de esquizofrenia paranóide podem incluir também:

- ⊙ Ansiedade
- ⊙ Fúria ou propensão a desacatos
- ⊙ Falsa crença de que pessoas lhes fazem mal ou aos entes queridos.

DIAGNÓSTICO

- ◉ O diagnóstico é feito com base em uma entrevista minuciosa com a pessoa e seus familiares. O médico fará perguntas sobre:
 - A duração dos sintomas
 - Como a capacidade funcional da pessoa mudou
 - Histórico de desenvolvimento
 - Histórico familiar e genético
 - Se a medicação funcionou

- ◉ Exames cerebrais (como tomografias ou ressonâncias magnéticas) e exames de sangue podem ajudar a descartar outras doenças com sintomas semelhantes à esquizofrenia.

TRATAMENTO

- ❑ Terapia medicamentosa
- ❑ Terapias psicossociais
- ❑ Electroconvulsivoterapia

EFEITOS SECUNDARIOS

- ◉ Sonolência (sedação)
- ◉ Tontura
- ◉ Ganho de peso
- ◉ Aumento do risco de diabetes e colesterol alto
- ◉ Sentimentos de inquietação ou nervosismo intenso
- ◉ Movimentos diminuídos
- ◉ Tremores

- Muitos desses efeitos podem ser melhorados e não devem evitar que as pessoas procure ajuda e tratamento para a doença



PROGRAMAS E TERAPIAS DE APOIO

- Técnicas comportamentais, como o treinamento de habilidades sociais, podem ser usadas para melhorar as actividades sociais e profissionais



PROGRAMAS E TERAPIAS DE APOIO

- ◉ Tratamento cognitivo-comportamental
 - Terapia com família
 - Habilidades de enfrentamento para sintomas psicóticos residuais
 - Tratamento do abuso de substâncias psicoactivas

SINAIS DE ALERTA



- ◉ Ouvir vozes a pedir para se ferir ou ferir outras pessoas.
- ◉ Sentir uma forte vontade de se ferir ou ferir outras pessoas.
- ◉ Sentir-se desesperado ou desolado.
- ◉ Ver coisas que não existem.
- ◉ Apresentar a sensação de não poder sair de casa.
- ◉ Não ser capaz de cuidar de si mesmo.

DEVE CONTACTAR

- Enfermeira de Referencia
- Médico



CRISE PSICÓTICA

◉ Gerir comunicação

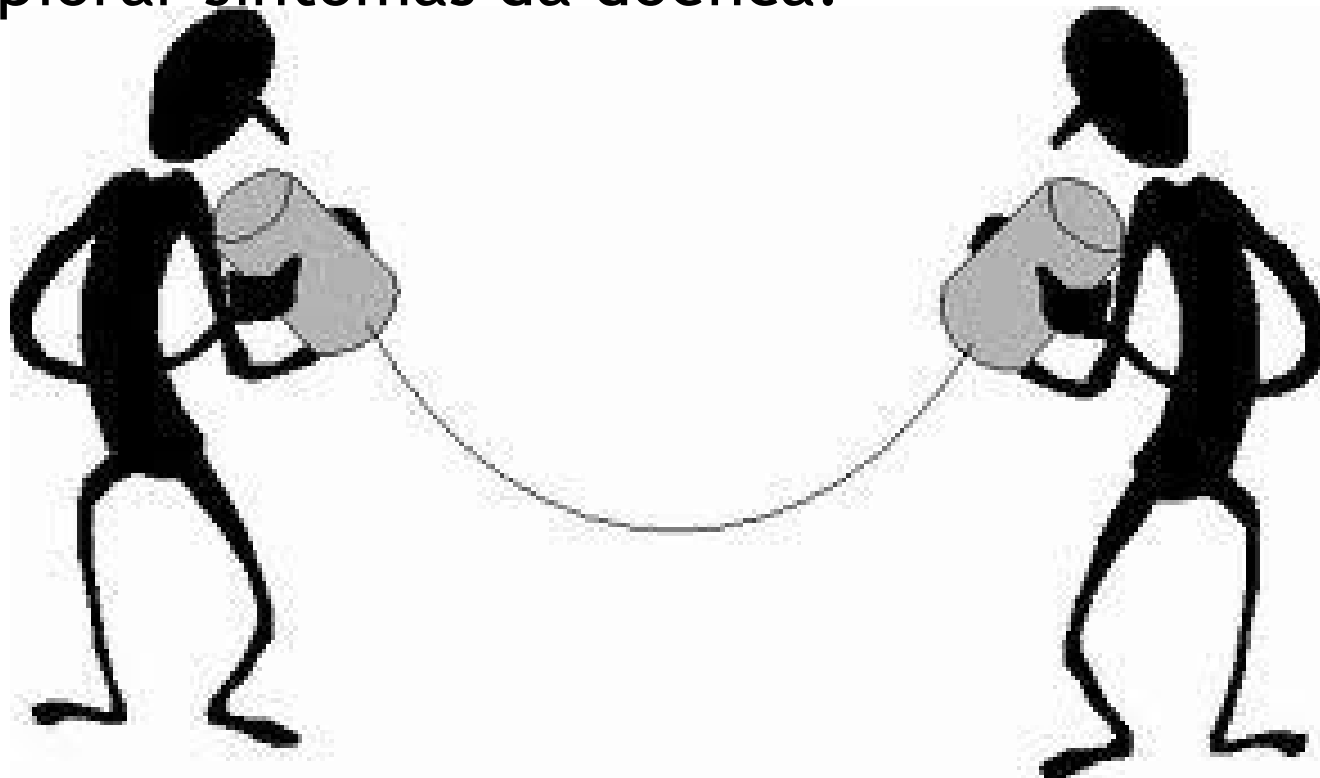
- Estabelecer contacto visual
- Evitar confronto com o doente
- Comunicar com frases simples e directivas
- Evitar discutir com o doente sobre a validade das alucinações, delírios

◉ Gerir ambiente

- Diminuir estimulação ambiental, remover estímulos que possam criar percepção errónea (ex: Televisão, quadros, rádio);
- Bem iluminado;
- Restringir acesso a objectos perigosos;

COMUNICAÇÃO

- ◉ A comunicação é um recurso para facilitar a interacção e evitar situações de conflito ou piorar sintomas da doença.



AXIOMAS DA COMUNICAÇÃO

- ◉ É impossível não comunicar
- ◉ Toda a comunicação não só transmite informação como ao mesmo tempo impõe um comportamento
- ◉ A comunicação não pode ser apreendida na sua totalidade. Ela é pontuada, segmentada e cada interlocutor lhe encontra um início e um fim
- ◉ Toda a comunicação pode ser verbal e não verbal

- Toda a comunicação é simétrica ou complementar, conforme se baseiam na igualdade ou na diferença



AS CORES DA COMUNICAÇÃO

- ◉ O **toque** (transmite por vezes mais o sentido das nossas mensagens que as próprias palavras)



- ✓ Adequar o toque à pessoa

AS CORES DA COMUNICAÇÃO

◉ A observação

“O essencial é invisível aos olhos”



St Exupery

Olhar...
Saber olhar...

AS CORES DA COMUNICAÇÃO

- ◉ **O tempo** (o modo como é vivido afecta a comunicação interpessoal)



AS CORES DA COMUNICAÇÃO

◉ A postura e atitudes corporais

Virar a cara e o corpo na direcção da pessoa com quem se comunica.

Postura ligeiramente inclinada para a pessoa.

Comunicação face a face.



AS CORES DA COMUNICAÇÃO

◉ Expressão facial

Transmite as nossas reacções ao que vemos, ouvimos e percebemos interiormente.

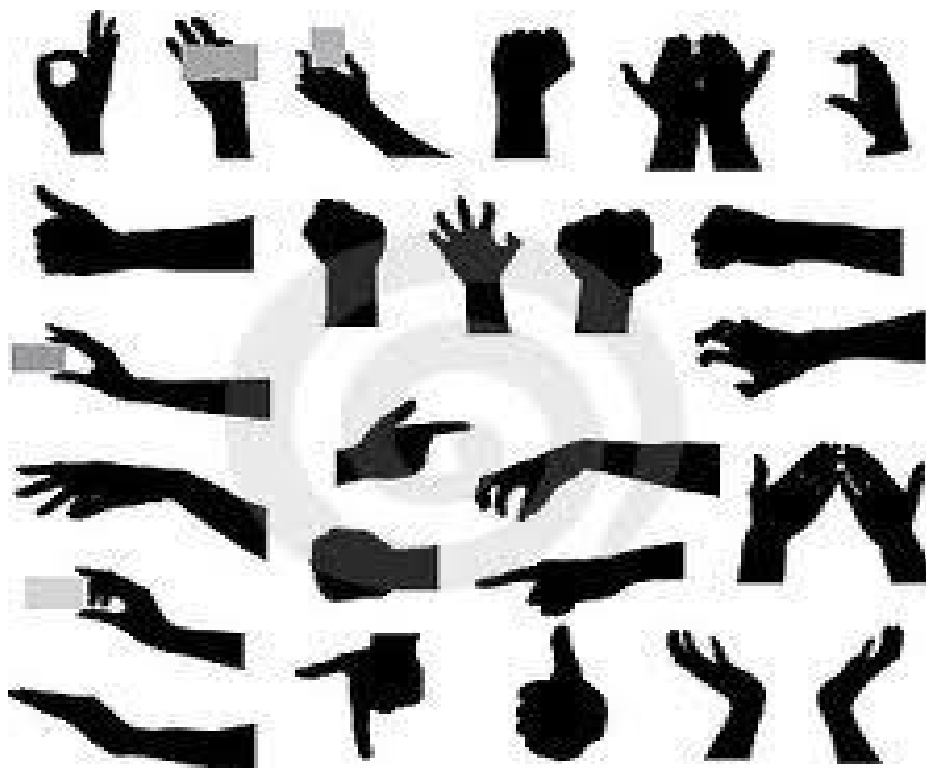


Deve ir de encontro ao estado emotivo da pessoa a quem se dirige.

AS CORES DA COMUNICAÇÃO

Os gestos

Podem bloquear o estabelecimento de uma relação saudável



AS CORES DA COMUNICAÇÃO

◉ A VOZ



Traduz as reacções, as nossas emoções, e tem muitas vezes uma maior importância que as próprias palavras utilizadas.

O tom...

O ritmo...

FACTORES QUE FACILITAM A COMUNICAÇÃO

- ⊙ A estima por si próprio
- ⊙ Capacidade de escutar
- ⊙ Capacidade de dar

Princípios da escuta activa:

- Saber deixar falar
- Colocar-se em empatia com o outro
- Centrar-se no que é dito
- Manter os canais abertos
- Eliminar qualquer juízo imediato
- Não interromper o outro
- Não deixar transparecer as emoções pessoais
 - Reformular
- Utilizar capacidades pessoais

FACTORES QUE DIFICULTAM A COMUNICAÇÃO

- ◉ Preocupações
- ◉ Bloqueios emocionais
- ◉ Hostilidade
- ◉ Experiências anteriores
- ◉ Ambiente físico
- ◉ Atitude defensiva
- ◉ Posição social

TREINO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

- ◉ *Roleplay* situação do dia- a- dia

BIBLIOGRAFIA

- ◉ Caballo, V. M. (2007). *Manual Para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos
- ◉ Guerra, M. C. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. (1ª Edição) Lisboa: Climepsi Editores
- ◉ Townsed, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª Edição). Loures: Lusociência



Estudo de Caso

Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Tomar

ORIENTAÇÃO
MESTRE MARINA CORDEIRO

Mestranda Tânia Felisberto

Anamnese

- ▶ 38 anos, sexo masculino, raça caucasiana;
- ▶ Solteiro, vive com os pais, desempregado;
- ▶ 12º ano de escolaridade completo e frequentou a universidade até ao 3º ano de Curso de Línguas não completo;
- ▶ Sempre foi bom aluno até aos 23-24 anos altura em que começou a chumbar;
- ▶ 26-27 anos foi para a França, contou aos pais que era homossexual. Regressou em mau estado, segundo família, nunca sorria;
- ▶ Toxicodependente;
- ▶ HIV;
- ▶ Em 2011, foi internado no serviço de Psiquiatria do CHMT: Esquizofrenia Paranóide.

Exame mental – 05/03/2013

- ▶ Apresentação – cuidada e adequada
- ▶ Consciência/ Orientação – sem alterações
- ▶ Motricidade – lentificação motora
- ▶ Expressão facial – inexpressiva
- ▶ Afecto – restrito
- ▶ Linguagem – lentificada
- ▶ Humor – deprimido
- ▶ Pensamento – sem alterações
- ▶ Percepção – sem alterações
- ▶ Memória – sem alterações

Plano de cuidados – Cipe 2

Diagnósticos de Enfermagem: Ansiedade Medo				Data 05.03.2013
Intervenção de Enfermagem	Início	Actividades	Avaliação	Fim
Providenciar escuta activa.	05.03.2013	Em consulta de Enfermagem encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos. Ajudar o doente na identificação de situações problema geradoras de ansiedade.	Percepciona-se fobia social, associada a situação traumática do passado, em que foi vítima de violência nas ruas de Lisboa. Refere alguns períodos de exacerbação dos estímulos auditivos “os carros parecem ir mais depressa e fazem mais barulho”.	18.03.2013
Instruir doente sobre técnicas de relaxamento.	11.03.2013	Descrever o benefício das técnicas de relaxamento. Explicar técnicas de relaxamento (jacobson, respiração, autogénito).	11.03.2013 - Na primeira sessão não se verificou um conhecimento adequado da técnica de relaxamento. 14.03.2013 Ao longo das consultas foi explicado o benefício da aplicação de técnicas de relaxamento como a respiração no dia - a - dia. Utente mostrou-se atento e interessado.	18.03.2013

Continuação ...

Implementar técnica de Relaxamento	11.03.2013	11.03.2013 Técnica de relaxamento progressivo de Jacobson 14.03.2013 Apesar de reconhecer a possibilidade de beneficiar com sessões de relaxamento, não consegue vir com a frequência desejada pela distância física a que se encontra do Hospital e por economicamente ser inviável se deslocar mais que um dia por semana. Assim, não foi possível ser inserido no grupo de relaxamento às segundas-feiras.	11.03.2013 Verbalizou ter usufruído a sessão. Não mostrou variação nos sinais vitais antes e após sessão. A meio da sessão mostrou alguns sinais de inquietude e deixou de cumprir comando de relaxamento.	18.03.2013
Avaliar capacidades do doente para executar técnica de Relaxamento.	11.03.2013	Observar comportamento do utente, linguagem verbal e não-verbal.	11.03.2013 A meio da sessão mostrou alguns sinais de inquietude e deixou de cumprir comando de relaxamento.	11.03.2013

Continuação ...

<p>Implementar técnica de reestruturação cognitiva.</p>	<p>14.03.2013</p>	<p>Enfatizar a importância da auto-observação para descobrir os processos de ansiedade. 14.03.2013 Reestruturação cognitiva. Fornecer tabela de registo de emoção medo, pensamentos irracionais associados, nível de ansiedade atribuído, e comportamento social manifesto</p>	<p>21.03.2013 - Utente trouxe registo da emoção medo e nível de ansiedade, e conseguiu converter pensamentos irracionais em racionais. Foi auxiliado a fomentar suporte para a racionalidade de cada pensamento. Atribui inferior percentagem de ansiedade após reformulação cognitiva. 04.04.2013 - Trouxe registo para reestruturação cognitiva. Atribui inferior percentagem de ansiedade após reformulação cognitiva. 18.04.2013 - Não trouxe registo de reestruturação cognitiva pois refere não ter acontecido nenhuma situação que desencadeasse medo/ansiedade.</p>	<p>18.03.2013</p>
---	-------------------	--	---	-------------------

Continuação ...

Promover a participação em actividades de distração.	05.03.2013	Em consulta de Enfermagem descrever o benefício das técnicas de distração, incentivar o doente a escolher as técnicas de distração desejadas (música, ler e escrever), encorajar a presença em grupos terapêuticos (Treino de Competências Sociais, Sociodrama e Relaxamento), reforçar positivamente a participação em actividades. Passar tabela de registo de actividades diárias	Doente participou em todos os grupos terapêuticos propostos. Desenvolveu ao longo das semanas um plano de actividades mais completo	18.03.2013
Resultados: Ansiedade melhorada Medo melhorado				Data 18.04.2013

Plano de cuidados – Cipe 2

Diagnósticos versão Cipe 2	Intervenções de Enfermagem
Sono Comprometido	<ul style="list-style-type: none">-Ensinar sobre estratégias a adoptar para facilitar sono.-Instruir sobre técnicas de relaxamento.-Instruir sobre a importância do sono.-Gerir medicação hipnótica.
Défice no Conhecimento sobre o processo patológico	<ul style="list-style-type: none">-Ensinar sobre doença.-Ensinar sobre Regime de Tratamento.-Providenciar apoio emocional.-Avaliar o Conhecimento Sobre Doença.-Implementar Técnica de Psicoeducação-Avaliar Atitude Face à doença.
Socialização comprometida	<ul style="list-style-type: none">-Encorajar a participação em actividades sociais-Encorajar o desenvolvimento de inter-relações.-Instruir doente sobre importância das actividades sociais-Implementar terapia por treino de competências sociais-Providenciar apoio emocional
Baixa auto-estima	<ul style="list-style-type: none">- Providenciar escuta activa-Avaliar a Auto-estima.-Implementar Terapia por Sociodrama.- Promover auto estima.
Stress do Prestador de Cuidados (Pais)	<ul style="list-style-type: none">- Providenciar escuta activa.-Avaliar sobrecarga do Prestador de Cuidados-Promover envolvimento do prestador de cuidados-Implementar Técnica de Psicoeducação
Risco de alucinação (auditiva/ visual)	<ul style="list-style-type: none">- Providenciar escuta activa.-Instruir sobre gestão de alucinação- Avaliar alucinação actual

Conclusão

- ▶ A realização do presente estudo de caso permitiu-me aprofundar na prática, as competências de Enfermagem Especialista em Saúde Mental.

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.

Regulamento n.º 129/2011 (DR)



Ensino Clínico – Parte I





▶ Mestranda Tânia Felisberto


Cronograma semanal - ambulatório

Horas	2ª feira	5ªfeira
9:30h	Grupo Movimento	Grupo Movimento
11:00h	Relaxamento	Intervenções Sociodramáticas/ Risoterapia
14:00h	Cozinha terapêutica – AVD's	Cozinha terapêutica – AVD's
15:00h		Treino Competências Sociais

Cronograma Multifamilias

Actividade	Grupo terapêutico Multifamilias		
Frequência	Quinzenal	 Mensal	 2/2 Meses

Obrigada pela vossa atenção...

A silhouette of a person in a dynamic, almost acrobatic pose, set against a background of a cloudy sky and some foliage. The person's arms are raised and bent, and their legs are also raised, creating a sense of movement and balance. The overall mood is contemplative and artistic.

“Talvez não haja actividade do olhar humano mais treinada do que aquela de adivinhar o outro à primeira vista. No tamanho, no vestuário, na postura, no olhar, nos movimentos vistos de relance, somos tentados a adivinhar as intenções, os sentimentos e as reacções do outro, e a eles conformamos o nosso próprio comportamento.”

(Pio de Abreu).

EXAME MENTAL

• **Apresentação**

A utente apresenta-se com vestuário adequado à estação do ano. O arranjo pessoal encontra-se de acordo com a condição social. Apresenta-se com roupa limpa e com uma higiene cuidada. Não apresenta defeitos físicos ou traumáticos.

• **Postura**

Apresenta uma postura retraída.

• **Motricidade**

Relativamente ao estado psicomotor encontra-se lentificado.

• **Expressão facial / Mímica**

Apresenta fáceis hipomímico.

• **Contacto**

Apresenta contacto fácil.

• **Movimentos dirigidos**

o doente apresenta manuseamentos (ou seja, manipulação de tudo o que se encontra no seu alcance).

• **Discurso/linguagem** (como fala?)

Quanto à velocidade do discurso a utente apresenta pressão do discurso (linguagem acelerada) e quanto à qualidade do discurso apresenta disartria (dificuldade em articular as palavras)

• **Consciência e Orientação**

Apresenta-se orientado auto e alopsiquicamente.

• **Humor**

Apresenta humor depressivo.

- **Afetos**

Quanto aos afetos estes são sintónicos.

- **Emoções**

A utente apresenta-se numa reação emocional de luto.

- **Pensamento** (como pensa?). O pensamento pode avaliar-se em termos de curso do pensamento (relacionado com a quantidade de discurso que o indivíduo debita num espaço de tempo determinado); forma do pensamento (forma como o indivíduo orienta o seu pensamento até chegar ao objetivo inicial); posse do pensamento (sensação de possuir ou ser dono de determinado pensamento bem como o seu controlo) e conteúdo do pensamento (juízo do indivíduo, da capacidade de fazer uma análise crítica a si próprio, ao seu meio e às situações envolventes).

Assim, o utente apresenta-se relativamente ao curso do pensamento com bloqueio do pensamento, isto é, uma súbita paragem do pensamento seguida de um completo vazio, na ausência de qualquer fator emocional ou situacional; em relação à forma do pensamento apresenta pensamento incoerente ou saltitante (uma sintaxe correta, mas as ideias não estão interligadas) e fuga de ideias (“saltar” de um tema para o outro o que pode tornar o discurso incoerente); quanto à forma do pensamento esta apresenta pobreza do pensamento (ligado ao pensamento vago) e pensamento desagregado (ideias não interligadas, com sintaxe incorreta); quanto à posse a utente não manifesta qualquer alteração e, por último, relativamente ao conteúdo do pensamento este não se encontra alterado.

- **Percepção**

Utente não apresenta alterações ao nível da percepção.

- **Memória**

Utente apresenta sem alterações de memória.

- **Funções biológicas vitais**

Em relação ao instinto de conservação a utente não manifesta qualquer tipo de ideação suicida, automutilação, ideias de morte.

Em relação à fome / sede manifesta alguma anorexia e polidipsia.

Em relação à libido a própria não referiu qualquer alteração.

Em relação apresenta insónia.

Plano de Sessão – Estruturação cognitiva

Local	Gabinete de Enfermagem do ambulatório de Psiquiatria do hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Inicia a 11 de Março de 2013, e ao longo do ensino clínico.
Duração	Cerca de 60 min.
Terapeutas	Mestranda: Enf ^a Tânia Felisberto Tutora: Enf ^a Marta Martinho
Destinatários	Utente do Estudo de Caso;
Recursos materiais	Folhas com programa com reestruturação cognitiva; Canetas.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover a percepção de si;- Formular hipóteses gerais relativamente à forma como se constrói a realidade;- Identificar padrões de pensamentos/ ideias/ crenças inadequadas ou disfuncionais;- Promover a expressão de sentimentos.
Desenvolvimento	<p>Explicar o funcionamento das sessões.</p> <p>Incentivar o utente a escrever os seus problemas e dificuldades, na primeira coluna da folha. Na segunda coluna a pessoa deverá escrever os seus sentimentos associados/ dificuldades anteriormente descritos.</p> <p>Em sessões posteriores, realiza-se breve resumo da sessão anterior. O utente deverá ser levado a reflectir e escrever em terceira coluna, quais os aspectos positivos e pessoas significativas na sua vida. Posteriormente, numa quarta coluna deverá ser programado estratégias a utilizar em situações stressantes.</p> <p>Na próxima sessão realiza-se breve resumo da sessão anterior e discute-se progressos com aplicação da técnica.</p> <p>Em nova folha de registo o paciente deverá ser incentivado a identificar o dia e hora em que ocorreu a emoção medo, qual a situação em que ocorreu. Posteriormente avaliar numa escala de 0% - 100% a ansiedade que associa à mesma emoção e qual o comportamento manifesto.</p> <p>Em sessões posteriores, para além de resumir a sessão anterior, deverá ser trabalhado com o utente o pensamento racional perante as</p>

	situações descritas, e verificar novamente o nível de ansiedade.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Identificar as situações dificultadoras na vida do utente; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>Costermans (2001) menciona que os conjuntos de operações cognitivas tem como função essencial assegurar a gestão do comportamento manifesto em certos domínios da actividade quotidiana. Toda a actividade complexa envolve um grande número de actividades cognitivas mais simples articuladas entre si, de modo a constituir conjuntos coordenados a que se pode denominar programas.</p> <p>O objectivo da técnica de reestruturação cognitiva é levantar hipóteses gerais relativamente à forma como cada indivíduo construiu a sua realidade e analisar padrões de pensamentos gerados por estes pensamentos/ crenças que, sendo inadequadas ou disfuncionais, podem vir a criar conflitos e sofrimento para a pessoa.</p> <p>Desta forma, apesar da emoção ser considerada de grande importância para o profissional, a sua função é a de indicar a presença de pensamentos e/ou crenças a ela associados. Baseia-se na vulnerabilidade cognitiva enquanto modelo de transtorno emocional, onde as situações em si não determinam directamente como alguém se irá sentir, mas antes, são os seus juízos de valor e as suas cognições ou interpretações que provocam uma resposta emocional específica.</p>
Bibliografia	<p>Caballo, V. E. (2007). <i>Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos</i>. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos</p> <p>Costermans, J. (2001). <i>As Actividades Cognitivas: Raciocínio, decisão e resolução de problemas</i>. Coimbra: Edições Quarteto.</p> <p>Gonçalves, O. (2006). <i>Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas</i>. (5ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.</p> <p>Leal, I. (2005). <i>Iniciação às Psicoterapias</i>. (2ª edição). Lisboa: Fim de século – Edições Sociedade Unipessoal, Lda.</p> <p>Townsend, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano de Sessão – Informação/ educação sobre Esquizofrenia

Local	Sala de Reuniões do Serviço de Ambulatório de Tomar
Data	11 de Abril de 2013
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 9h 30min.
Mestranda	Tânia Felisberto
Destinatários	Utente do Estudo de Caso (Sr. R.) Pais do utente;
Recursos materiais	-Sala de reuniões; -Computador; -Videoprojector; -Questionário de avaliação da sessão; -Canetas; -Papel.
Objectivos Gerais	- Potenciar os conhecimentos e reflexões entre a família do Sr. R. e utente de forma a possibilitar o estabelecimento de estratégias de intervenção que promovam o desenvolvimento de várias áreas de vida do utente;
Objectivos Específicos	- Alargar os conhecimentos sobre a doença e diminuir os sentimentos de culpa; - Perceber as várias possibilidades do tratamento e enfatizar o papel da família no processo terapêutico; - Reforçar a necessidade da adesão ao tratamento para controlo da doença; - Reconhecer os factores que influenciam o prognóstico da doença; - Sensibilizar para importância da comunicação no contexto familiar, como forma de facilitar a interacção e evitar situações de conflito; - Auto consciencialização dos participantes sobre estilos de comunicação interpessoal.
Desenvolvimento	A sessão inicia-se com uma breve apresentação dos objectivos para a sessão.

	<p>Solicita-se a cada participante que partilhe a sua experiência de uma forma sintética sobre a experiência pessoal com a doença.</p> <p>Avaliação de pontos em comum no que diz respeito à visão da doença.</p> <p>O facilitador com recurso aos meios audiovisuais (Anexo), caracteriza a etiologia e sintomas sobre a temática. Promoção do debate com o recurso a experiências concretas. De seguida, apresenta-se as possibilidades de tratamento da esquizofrenia, e posterior análise acerca do papel que cada um tem assumido no processo terapêutico.</p> <p>Apresentação dos factores relacionados com o prognóstico da doença. Solicitando-se, de seguida, que cada participante tente hierarquizar os factores expostos relacionados com o mau ou bom prognóstico da doença.</p> <p>Finaliza-se a sessão com uma breve avaliação-diagnóstico da comunicação existente na família, e em seguida aprofunda-se o tema da comunicação com recurso aos conteúdos teóricos sobre os axiomas da comunicação e identificando-se os factores que facilitam e dificultam a comunicação, partindo de pequenas situações vivenciadas no dia-a-dia dos participantes.</p> <p>Síntese geral da sessão.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar o comportamento e postura dos participantes durante a sessão; ✓ Incentivar a expressão de sentimentos, nomeadamente se sentem mais relaxados e descontraídos; ✓ Aplicar questionários de avaliação da sessão; ✓ Registrar resultados observados em Reflexão na Avaliação da Sessão.
Justificação	<p>A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave que abrange 1% da população mundial. Surge por norma no final da adolescência ou primeiros anos de vida adulta e segue um curso episódico, interrompido por exacerbações dos sintomas, que requerem hospitalizações no decorrer de toda a vida. Apesar da sua natureza grave e duradoura, muitas pessoas portadoras desta doença melhoram progressivamente com o decorrer do tempo, e em alguns ocorre uma remissão total dos sintomas nos últimos anos de vida (Caballo, 2007).</p> <p>Segundo a DSM-IV-TR (2002, p. 298), a esquizofrenia é uma “perturbação que dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de sintomas activos (isto é, dois ou mais, dos seguintes: ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico, sintomas negativos)”.</p> <p>A Esquizofrenia paranóide é o subtipo mais comum, sendo as suas características essenciais os delírios e as alucinações, com</p>

	<p>alterações afectivas e comportamentos pouco notórios, podendo ocorrer manifestações de retraimento, desconfiança e hostilidade (Guerra & Lima, 2005).</p> <p>Townsed (2011) refere que de todas as doenças mentais reflectidas no sofrimento da sociedade, a esquizofrenia é provavelmente a responsável por hospitalizações mais prolongadas, maior caos na vida familiar, custos maiores para indivíduos e governos e mais medos, comparativamente com qualquer outra.</p> <p>A mesma autora refere que há terapeutas que tratam a esquizofrenia como uma doença de toda a família, pois a doença não afecta unicamente o portador. Menciona também que “o papel de professor do cliente é importante na área psiquiátrica, tal como em todas as áreas da enfermagem” (2011, p. 525). No que diz respeito à educação ao cliente/família com Esquizofrenia, esta deve incidir na natureza da doença, na gestão da doença e nos serviços de apoio existentes.</p> <p>Assim, embora a esquizofrenia tenha um efeito perturbador e penoso na vida dos familiares, as relações familiares também podem ter um impacto negativo sobre o decurso da esquizofrenia. E é de extrema importância a ampliação do papel da família no cuidado a pessoas com esquizofrenia, implementando-se programas psicoeducacionais que tenham como objectivo reduzir o stress de todos os membros da família, por meio de uma combinação de educação, treino de comunicação e habilidades de solução de problemas (Caballo, 2007).</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>American Psychiatric Association (2002). <i>DSM- IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais</i>. (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.</p> <p>Caballo, V. E. (2007). <i>Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos</i>. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos</p> <p>Guerra, M. & Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde</i>. (1ª Edição) Lisboa: Climepsi Editores.</p> <p>Townsed, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

QUESTIONÁRIO DE AUTO AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO ACERCA DA ESQUIZOFRENIA

1. Na sua opinião o que é a esquizofrenia?

2. Quais as causas desta doença?

3. Quais os sintomas mais frequentes da doença?

4. Como descreve uma situação de crise?

5. De que forma considera que se pode tratar a esquizofrenia?

6. Na sua opinião, quais as consequências presentes e futuras da esquizofrenia na vida do seu familiar?

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?

De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?

Data: ___/___/___

Reestruturação cognitiva - Data: _____

Problemas/dificuldades	Sentimentos	Aspectos positivos/ pessoas significativas	Estratégias perante situações de ansiedade

Formato de avaliação da emoção de medo. Por favor, avalie os pensamentos que despertam a emoção de medo, e preencha a tabela que se segue.

Nome:				Período:		
Hora e dia em que ocorreu pensamento de medo	Situação	Avaliação da ansiedade (0-100)	Pensamentos irracionais	Comportamento social manifesto	Pensamentos racionais	Avaliação da ansiedade (0-100)

Formato de avaliação do estado de ânimo diário.

Por favor, avalie o estado de ânimo de cada dia (se sentiu-se bem ou mal), utilizando a escala de 9 pontos abaixo. Se se sentiu muito bem (melhor que nunca), anote um 9. Se se sentiu muito mal (pior que nunca), anote 1. Se o dia foi “mais ou menos” (ou uma mistura), marque 5.

Se você se sentiu pior que “mais ou menos”, marque um número de 2 a 4. Se você se sentiu melhor que “mais ou menos”, marque um número de 6 a 9. Lembre-se que um número baixo significa que você se sentiu mal, e um número alto que se sentiu bem.

Muito deprimido _____ Muito contente

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Anote a data em que começaram as avaliações do estado de ânimo na segunda coluna a seguir e a pontuação do seu estado de ânimo na terceira coluna.

Dia de registro	Data	Pontuação do estado de ânimo	Dia de registro	Data	Pontuação do estado de ânimo
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

SOBRECARGA DO CUIDADOR - Escala de Zarit

Nº	ITEM	Nunca 1	Quase nunca 2	Às vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	- Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	- Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	- Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	- Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	- Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6	- Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	- Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	- Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	- Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	- Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	- Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	- Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	- Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	- Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	- Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	- Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar muito mais tempo?					
17	- Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	- Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	- Sente-se inseguro(a) acerca do que deve fazer com o seu familiar?					

20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	- Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	- Em geral sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?					
Score Global (22-110)						
< 46 - Sem Sobrecarga (46-56) - Sobrecarga Ligeira > 56 - Sobrecarga Intensa						

Fonte: Sequeira (2009), *in* Amaral (2010)

ANEXO III

Formação em Serviço “O doente agressivo no serviço de Psiquiatria”

Formação em Serviço – Julho de 2013

Serviço de Psiquiatria - Departamento de Agudos

Autora: Tânia Felisberto

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

Elemento Consultivo: Enfº Nelson Oliveira

ITENS DE AVALIAÇÃO

Título: O doente agressivo no serviço de psiquiatria		Assinale com um X no item correspondente à sua avaliação.		
1. Objectivos	Os objectivos do tema foram atingidos a que nível?	Bom	Suficiente	Insuficiente
2. Aprendizagem	Do que foi transmitido, considera que ficou a entender:	Muito	Alguma coisa	Pouco
3. Conteúdos	A adequação entre conteúdos e objectivos pode ser considerada:	Boa	Suficiente	Insuficiente
4. Documentação	A documentação distribuída tem, para si:	Muito interesse	Algum interesse	Pouco interesse
5. Condições de funcionamento	Avalie o nível dos equipamentos e instalações disponibilizados:	Bom	Suficiente	Insuficiente
6. Organização	A organização da formação situa-se a que nível	Bom	Suficiente	Insuficiente
GRATA PELA SUA COLABORAÇÃO!				

Assinatura (facultativa): _____



Serviço de Psiquiatria Departamento de Agudos - CHMT

Formação em serviço

O DOENTE AGRESSIVO NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

Mestranda: Tânia Felisberto

Julho de 2013

Plano Geral da Formação

- Introdução ao tema
- Abordagem ao utente agressivo
- Contenção
- Saber reagir à agressão verbal e física
- Caso prático

Introdução

- A prevalência de comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico é elevada, principalmente em unidades psiquiátricas de curta duração (Rosa, 2008).
- Na literatura científica há vastíssimas referências às determinantes de agressão e violência em contexto psiquiátrico, geralmente estas determinantes são categorizadas em três domínios:
 - ▣ características dos profissionais de saúde;
 - ▣ características do ambiente;
 - ▣ características relativas ao próprio utente.

Paciente violento: factores de risco

- Demográficos
- Diagnósticos
- História prévia
- Psicológicos
- Comportamento durante a entrevista

Prevenção

- A compreensão dos factores contextuais, além dos individuais (biológicos e psicológicos) é fundamental do ponto de vista das políticas de prevenção.

Abordagem ao utente agressivo



Verbal

- É a forma de contenção mais passiva, sendo a que deve ser prioritária.
- Demonstrar confiança, segurança.
- É importante falar pausadamente e firme.
- Inicialmente adequar tom de voz do terapeuta ao do doente (igualar – tom, verbo, gestos) depois conduzir tom de voz gestos e verbo de forma confiante, segura e assertiva...
- Alguma flexibilidade na condução do paciente.
- Evitar ameaças e humilhações e julgamentos.

Ambiente

- Protocolos e rotinas da gestão do utente agressivo.
- Treino e reciclagem periódica da equipa responsável pelo atendimento.
- Organização do espaço físico destinado ao atendimento:
 - Restrição de objectos que possam ser usados como armas;
 - Fácil acesso à porta;
 - Sistemas de alarme.

Ambiente

- Observação contínua de outros membros da equipa.
- Redução de estímulos externos.
- Afastamento de pessoas que possam ser desestabilizadoras para o paciente.

Uso de contenção

- **Indicação** – potencial risco de auto e heteroagressão

Deve ser sempre seguida de um diagnóstico de enfermagem que justifique a acção, para evitar problemas legais.

Orientações da DGS 021/2011* – Regulamenta as diferentes formas de contenção e os contextos em que deve ser praticada

Como reagir

□ Na agressão verbal:

- ↷ Evitar movimentos bruscos;
- ↷ Olhar directamente para o paciente;
- ↷ Respostas a todas as questões de forma calma, simples e honesta;
- ↷ Colocar limites de maneira objectiva, isentos de juízos de valor ou repressões;
- ↷ Ser empático;
- ↷ Manter sempre mãos visíveis;

Como reagir

- ↻ Manter sempre a porta aberta;
- ↻ Estar em posição de vantagem* em relação ao utente;
- ↻ Não utilizar linguagem corporal ameaçadora;
- ↻ Usar afirmações reflexivas** e sem juízos de valor.

Como reagir

□ **Na agressão física:**

- ↪ Gritar por ajuda;
- ↪ Fugir se necessário;

Na prática ...

- Role-play*:

Entrada no serviço;

Utente, sexo masculino;

Agitação psicomotora;

Coprolália;

Ameaças de agressão física.

A importância da reflexão em grupo

- Após incidente...
- Reunião entre profissionais, reflexão.

O PROFISSIONAL

- A violência e os conflitos são comportamentos **geradores** de comportamentos semelhantes;
- Para evitar/prevenir episódios de violência num contexto de relação terapêutica, os utentes devem ser **encorajados a discutir os seus medos de perda de controlo** sobre o seu comportamento, sendo fundamental que os profissionais em geral, sejam pessoas **emocionalmente estáveis, calmas, firmes, e com uma percepção e atitudes positivas sobre a violência**, de modo a influenciar a redução do número de incidentes e a sua severidade.

Obrigada pela atenção!



O doente agressivo no serviço de psiquiatria



- Para evitar/prevenir episódios de violência num contexto de relação terapêutica, os utentes devem ser **encorajados a discutir os seus medos de perda de controlo** sobre o seu comportamento, sendo fundamental que os profissionais em geral, sejam pessoas **emocionalmente estáveis, calmas, firmes, e com uma percepção e atitudes positivas sobre a violência**, de modo a influenciar a redução do número de incidentes e a sua severidade.

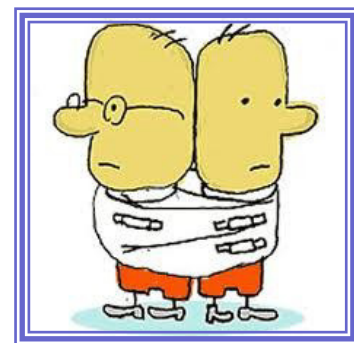
Abordagem verbal: A forma de contenção mais passiva!

- Demonstrar confiança, segurança;
- Falar pausadamente e firme;
- Inicialmente adequar tom de voz do terapeuta ao do doente (igualar – tom, verbo, gestos) depois conduzir tom de voz gestos e verbo de forma confiante, segura e assertiva;
- Alguma flexibilidade na condução do paciente;
- Evitar ameaças, humilhações e julgamentos.



Ambiente:

- Protocolos e rotinas da gestão do utente agressivo.
- Treino e reciclagem periódica da equipa responsável pelo atendimento.
- Organização do espaço físico destinado ao atendimento:
 - Restrição de objectos que possam ser usados como armas;
 - Fácil acesso à porta;
 - Sistemas de alarme.
- Observação contínua de outros membros da equipa.
- Redução de estímulos externos.
- Afastamento de pessoas que possam ser desestabilizadoras para o paciente.



Uso de contenção:

Indicação - potencial risco de auto e heteroagressão.

- Deve ser seguida de um diagnóstico de Enfermagem para evitar problemas legais;
- **Orientações da DGS 021/2011** - Regulamenta as diferentes formas de contenção e os contextos em que deve ser praticada.

Gestão farmacológica: tranquilização rápida, redução dos sintomas de agitação e agressividade, sem a indução de sedação profunda ou prolongada, manutenção do paciente tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo.



Plano de Sessão – Formação em serviço (Serviço de Psiquiatria do Hospital de Tomar)

Local	Sala de biblioteca (pisos 6)
Data	19 de Julho de 2013
Duração/ periodicidade	Única. Cerca de 60 minutos, início previsto às 16h
Enfermeiros dinamizadores	Mestranda: Tânia Felisberto Tutor/ Elemento consultivo: Enfermeiro Nelson Oliveira
População Alvo	Todos os Enfermeiros do Serviço de Psiquiatria Departamento de agudos do Hospital N ^a Sr. ^a da Graça de Tomar do Centro Hospitalar do Médio Tejo; Critérios de exclusão - Recusa ou impossibilidade de comparecer.
Recursos materiais / Métodos	Computador; Projector; Cadeiras; Canetas; Questionário tipo Lickert. - Método expositivo e interactivo;
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">○ Promover a melhoria da qualidade de cuidados prestados aos utentes portadores de doença mental;○ Treino e reciclagem de conhecimentos acerca do atendimento ao utente agressivo;○ Explicar a melhor conduta na abordagem ao utente agressivo, bem como os factores de risco envolvidos na agressividade do utente;○ Desenvolver competências pessoais, através de acesso à informação e exemplificação de um caso prático utilizando o <i>roleplay</i>. – (estudo de caso: doente sexo masculino, coprolália, ameaças a agressão física)

Desenvolvimento

- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade.

Apresentação em PowerPoint da sessão:

- ❖ Alertar para aspectos relacionados com a agressividade no doente mental;
- ❖ Abordagem de algumas técnicas facilitadoras da abordagem ao utente agressivo;
- ❖ Promover a intervenção dos participantes com base nas suas experiências pessoais.
- ❖ Solicitar a verbalização dos aspectos revelantes da sessão;
- ❖ Após o Role-play, incentivar a expressão de sentimentos, descrevendo as suas dificuldades e benefícios sentidos;
- ❖ Questionário tipo Lickert.

Avaliação

Justificação

Esta sessão de formação visa dar resposta às necessidades identificadas junto da equipa de enfermagem, mas também, contribuir para a melhoria contínua da qualidade, pois essa é uma das competências esperadas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

Na história, a crença de que as pessoas com perturbações psiquiátricas desenvolvem comportamentos agressivos tem sido considerada constante e transversal em diferentes sociedades. Estas heranças do passado também têm contribuído para a estigmatização das perturbações psiquiátricas graves (Marques, 2008).

Diversos autores predem-se com a dificuldade de predizer riscos baseados em critérios clínico, e integram a agressão e violência na comunidade numa conceptualização de saúde pública. Referem que no âmbito estritamente psiquiátrico regista-se relativamente poucos casos. Esta realidade deverá ser conhecida pois o estigma contra doentes mentais assenta em medos de danos que carecem de provas determinísticas (Frasquilho, 2011).

Assim, é mais fácil debruçar-nos sobre a agitação. A mesma autora continua referindo que:

“A hipervigilância, a hiperactividade sem propósito, o comportamento funcional e social inapropriado, as explosões verbais, os gestos excessivos e comunicação agreste, com mais ou menos hostilidade, são próprias da agitação psicomotora. Esta, sim, é vulgar em múltiplas situações médicas, psiquiátricas e mistas (comorbilidades). Perturbações da ansiedade, afectivas, psicoses, estados orgânicos de demência, AVC, trauma, delirium, dor intensa, fármacos, intoxicações ou abstinência de drogas apresentam-se na urgência com agitação. Também em situações de conflitos, intolerância à frustração e dificuldades de gestão das exigências do quotidiano, a agitação, e até agressão, podem ser a sua expressão comportamental.” (Frasquilho, p.36, 2011).

Neste contexto, Ferreira e Florido (2011), referem que os comportamentos violentos, num internamento psiquiátrico, não deverão ser atribuídos somente a factores directamente ligados ao doente, pois há um conjunto de factores que podem favorecer um clima de hostilidade dentro de uma unidade de internamento.

As ofensas violentas, bem como outros crimes resultam da interacção entre delinquentes e vítimas, num determinado contexto. Alguns actos violentos são cometidos por indivíduos com tendências violentas estáveis e persistentes enquanto outros resultam de situações em que as pessoas se vêm envolvidas em acontecimentos que conduzem à violência. Desta forma, a conceptualização dos factores de risco é importante no campo da prevenção, de modo a serem identificados factores, que devem ser continuamente monitorizados, e a quais devem ser direccionado tratamento (Rosa, 2008).

De acordo com o Del- Bem, et al (2010) a gestão não farmacológico da agitação/agressão engloba a organização do espaço físico e a adequação de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde. O objectivo principal da gestão farmacológica é a tranquilização rápida, com vista a redução dos sintomas de agitação e agressividade, sem a indução de sedação profunda ou prolongada, mantendo-se o paciente tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo.

Os mesmos autores continuam referindo, que a gestão física, por meio de contenção mecânica, pode ser necessária nas situações de violência em que exista risco para o paciente ou equipa, e deve obedecer a critérios rigorosos.

Em suma, é importante referir que qualquer procedimento na abordagem ao utente agressivo deve ser cuidadosamente executado, evitando complicações de ordem física e emocional para pacientes e equipa.

Bibliografia

- ✓ Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W., Berardi, D. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62: 247-255. Doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01790.x.
- ✓ Cabral, A. (2008). *Da Doença Mental à Violência. Revisões/ reviews*. Volume X Nº6 Novembro/ Dezembro 2008. Acedido em 20 de Maio de 2013 em <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/815/1/Da%20doen%C3%A7a%20mental.pdf>.
- ✓ Ferreira, F. & Florido, P. (2011). Situações de Agitação e Violência: a Realidade numa Unidade de Doentes Agudos.

Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Vol.9. Nº1, 28-34.

- ✓ Frasilho, M., (2011). Agitação, Agressão e Violência na Urgência Psiquiátrica no Hospital Curry Cabral. Experiências e Reflexões. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Vol.9. Nº1, 35-45.*
- ✓ Mantovani, C., Migon, M., Alheira, F., Del-Ben C. (2010). Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria. vol 32, Supl II, 96-103.*
- ✓ Marques, M. (2008). *Violência em contexto Psiquiátrico: Avaliação da eficácia de um programa com actividades assistidas por animais.* Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto.
- ✓ Rosa, A. (2008). *Violência em Contexto Psiquiátrico: Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale).* Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- ✓ Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática* (6ª ed.). (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Artmed Editora. (trabalho original em inglês publicado em 1998).
- ✓ Townsed, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência.* (6ª edição). Loures: Lusociência.

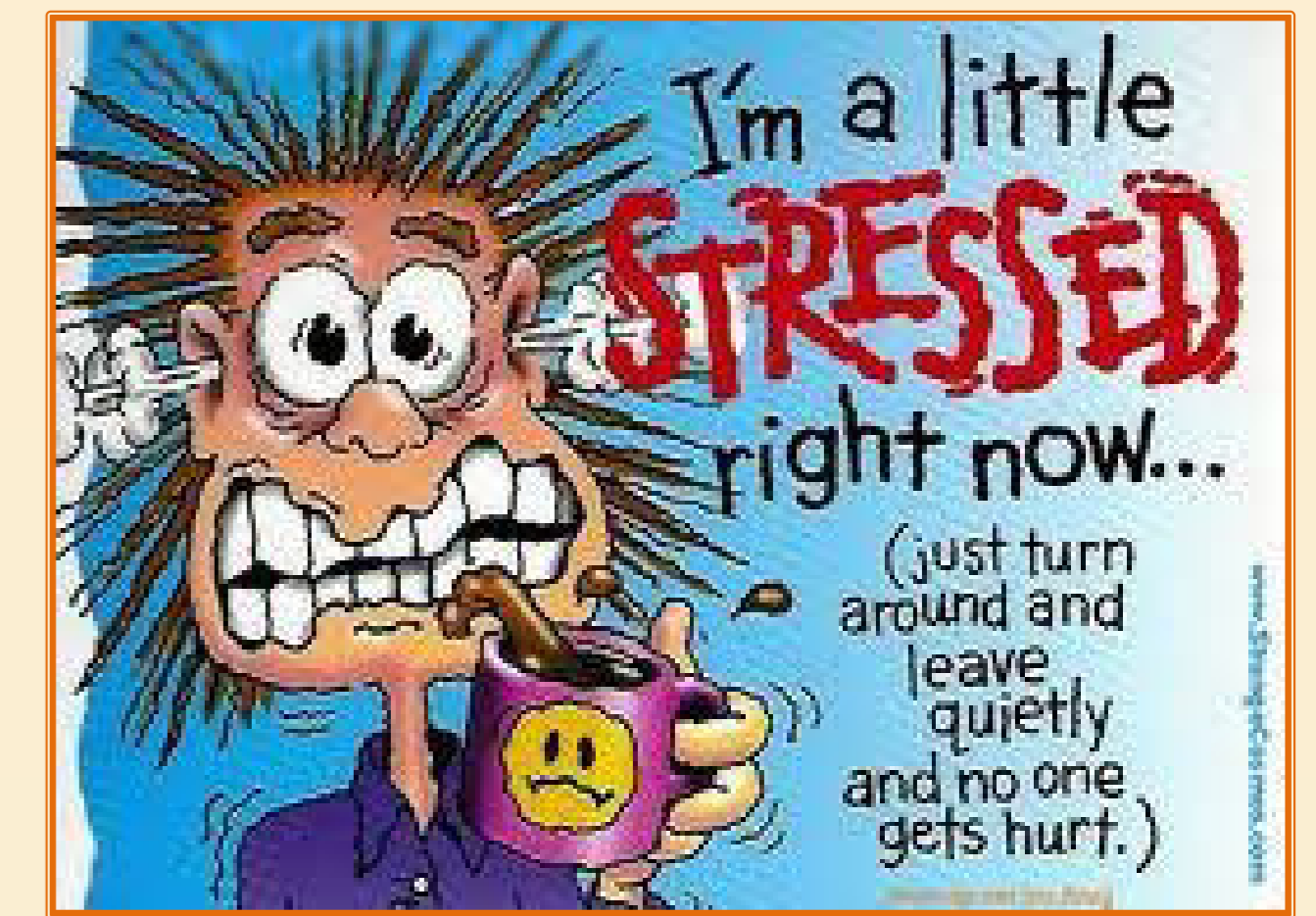
ANEXO IV

Póster “Stress”

Plano para Elaboração Poster – Projecto Mente Feliz Mente Saudável

Autora	Mestranda Tânia Felisberto Elemento consultivo Enf ^o Nelson Oliveira
Tema	<i>Stress</i>
Fundamentação	<p>Sendo o projecto “Mente feliz Mente saudável: Promoção do Bem-estar e da saúde Mental do Adulto” uma iniciativa do Enfermeiro Nelson Oliveira em conjunto com o Enfermeiro-Chefe Cesaltino Fonte para a prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais no adulto, o presente Póster surge no sentido de contribuir com esse mesmo projecto e oferecer respostas as metas implantadas pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007/2016.</p> <p>O póster aborda um tema actual nos dias de hoje da população em geral e que muito contribui para a doença física e mental.</p> <p>Segundo Vaz Serra (2011) o stress estabelece uma fronteira entre o normal e o patológico e mostra a influência que os factores psico-sociais podem ter sobre o indivíduo.</p> <p>Para o mesmo autor, as circunstâncias que desencadeiam o stress podem ser de natureza física, psicológica ou social. O stress vai induzir a alterações de natureza vegetativa, cognitiva, emocional e comportamental.</p> <p>Os tipos de personalidade também parecem constituir-se quer como factores indutores, quer como factores protectores (<i>Idem</i>).</p> <p>Segundo uma perspectiva física e psicológica, o stress pode ser definido como uma resposta mecânica que traduz o impacto dos agentes ambientais sobre o sistema que o sofre (Morais, 2009).</p> <p>É globalmente reconhecido que, tanto o sistema endócrino como o imunológico, são passíveis de serem influenciados pelo stress externo, uma vez percebido pelo sistema nervoso central. E, desta forma, a exposição a um stressor pode provocar uma disfunção significativa na resposta imunitária, promovendo a susceptibilidade à doença (Loureiro, 2006).</p> <p>Ainda, no que diz respeito às doenças psicológicas, a investigação científica sugere que demasiado stress aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver problemas psicológicos, sendo que as circunstâncias indutoras de stress estão aceites como factores precipitantes, de agravamento e de manutenção dos transtornos psiquiátricos (<i>Idem</i>).</p> <p>Desta forma, constitui-se de extrema revelância o conhecimento adequado por parte da população, de estratégias para controlar o stress.</p>
População alvo	Público adulto em geral.

Data	Este Poster foi apresentado no serviço no dia 12 de Junho de 2013
Espaço/Material	Sala de visitas.
Bibliografia	<ul style="list-style-type: none">✓ Loureiro, E. (2006). <i>Estudo da relação entre stress e estilos de vida nos estudantes de medicina</i>. Tese de Mestrado. Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia;✓ Morais, M. (2009). <i>Vulnerabilidade ao stress e estratégias de coping nos alunos de enfermagem</i>. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde;✓ Oliveira, N. & Fonte, C. (2012). <i>Mente Feliz Mente saudável: Promoção do Bem-estar e da saúde Mental do Adulto</i>. Tomar: Departamento Psiquiatria Agudos. Centro Hospitalar Médio Tejo;✓ Vaz Serra, A. (2011) <i>O stress na vida de todos os dia</i>. (3º Edição). Editor: Edição do autor, Coimbra;



O que é?

O stress é uma resposta do organismo a estímulos que representam circunstâncias súbitas ou ameaçadoras. O corpo liberta hormonas, entre elas a adrenalina que nos faz ficar em “estado de alerta” e em condições de reagir. No entanto, se o corpo não se consegue reequilibrar, estamos perante um nível de stress com consequências nefastas para o nosso organismo.

Sinais e sintomas: o stress tem

manifestações mentais, físicas e sociais



Saiba Proteger-se!



1. Aprenda a relaxar Bem!

Ouvir música, praticar alguns minutos de meditação e exercícios respiratórios provaram ser eficazes no controle do stress.

Diariamente conceda a si próprio, pelo menos por uns minutos, uma pausa para respirar.

Aprenda a alterar padrões de pensamentos nocivos na sua mente.



2. Livre-se gradualmente do stress com exercício físico!

Seja uma caminhada, ginástica ou jardinagem.



3. Durma o suficiente!

A falta de sono agrava o stress.



4. Olhe à sua volta!

Observe se realmente existe alguma coisa que pode mudar ou controlar na situação.

Evite reacções extremas, mude os seus padrões de reacção, faça-o gradualmente.

Administre as suas reacções a uma preocupação de cada vez.



5. Evite a automedicação e o abuso de substâncias tóxicas (álcool e drogas)!

Só vai mascarar o stress e não vai resolver o problema.

Consulte um Profissional de Saúde sempre que sentir que a sua vida social, o seu bem estar físico e psicológico estão em risco.

ANEXO V

Póster apresentado no IV Congresso Internacional ASPESM

Comprovativo de operação Caixadirecta

Na sequência do pedido efetuado por TANIA FILIPA OLIVEIRA FELISBERTO através do Serviço Caixadirecta, foi registada às 12:30 do dia 09-10-2013 a operação - **Transferência** - com os seguintes dados:

Conta	0013006061361 - EUR - Caixa Poupança Superior
País	Portugal
Conta destino	PT50003503740000230893025
Montante	50,00 EUR
Descritivo débito	TRF CXDOL
Descritivo crédito	TRF CXDOL
Periodicidade	Única
Data	09-10-2013
Serviço	Caixadirecta On-line
Estado	Efectuada

Caso necessite de obter alguma informação adicional, contacte o Serviço Caixadirecta (disponível 24h por dia/todos os dias do ano) pelos telefones: 707 24 24 24 - 91 405 24 24 - 93 200 24 24 - 96 200 24 24.

Com os melhores cumprimentos,

Serviço **Caixadirecta**

ID: 17627722,09-10-2013 12:31

33 Estudo de Caso - Depressão pós parto

Introdução:

No puerpério a mulher, a mulher passa por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais (Silva, 2012).

O estudo de caso descreve uma compreensão do fenómeno da depressão pós parto e a sua evolução num espaço de três semanas, tendo por base a intervenção particular de enfermagem em contexto de internamento a um doente depressivo seleccionado por método de conveniência. A intervenção foi realizada recorrendo ao processo de enfermagem, linguagem CIPE, e adequando a intervenção ao doente seleccionado e patologia expressada.

Objectivos:

- ✓ Conhecer o ambiente familiar e sociocultural da paciente, de forma a compreender a evolução etiológica da doença;
- ✓ Conhecer os diagnósticos e intervenções de enfermagem em linguagem CIPE em função das necessidades particulares do doente;
- ✓ Avaliar a eficácia da intervenção de enfermagem em função das necessidades do doente.

Foram utilizadas várias metodologias de coleta e análise de dados, como vários instrumentos de avaliação (questionários, entrevistas, creanças acerca dos fármacos e estudo mental), bem como diário de bordo, guia de entrevista semiestruturada, Intervenção familiar modelo de Calgary, duas entrevistas sistêmicas com a presença do doente e observação do comportamento do doente.

Resultados:

Em termos de ganhos em saúde verificou-se que as intervenções de enfermagem, nomeadamente dentro da área de especialidade em saúde mental, se revelaram significativamente positivas para a utente para o seu núcleo familiar.



Diagnóstico Inicial

- I. Estado de viver dominado
- II. Ansiedade
- III. Não Adesão Regime Medicamentoso
- IV. Parentalidade comprometida

Ganhos em Saúde após Intervenções de Enfermagem

- I. Resultado em Enfermagem: Estado de viver dominado
- II. Resultado em Enfermagem: Ansiedade reduzida
- III. Adesão ao regime medicamentoso melhorada
- IV. Parentalidade melhorada

Conclusão:

Através deste estudo é possível constatar vulnerabilidade da saúde mental da mulher no puerpério quando associada a vários factores, e especificamente a relação com o desenvolvimento do vínculo mãe-filho.

Desta forma, é imperativo rever as prioridades em saúde mental nomeadamente no campo da prevenção, e especificamente a relação com o desenvolvimento do vínculo mãe-filho.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.



**A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL (ASPESM)**

(Diário da República II Série nº 174 de 10 de Setembro de 2007)

Ficha de inscrição - IV Congresso de Saúde Mental 2013

Padrões de qualidade

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Polo B

10 e 11 de Outubro de 2013

Nome: ____Tânia Filipa de Oliveira Felisberto____

Morada: ____Rua de São José 37-B Coito____

E-mail: ____formadorataniaf@gmail.com____

Telefone: _917192050__ Contribuinte: ____230705138____

Instituição Centro Hospitalar Médio Tejo – Tomar Serviço Psiquiatria Departamento
Agudos

Categoria Profissional _Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Modalidades de inscrição:

A – Sócio B – Não sócio x D – Estudante

<u>Modalidade</u>	Sócios	Não sócios
Congresso	30 Euros	50 Euros
Alunos Curso de Licenciatura	20 Euros	
Almoços de trabalho	5 Euros	
Jantar convívio	15 Euros	

NOTA:

INSCRIÇÃO inclui: Participação; *Coffee Break*; Certificado presença; Certificado de comunicação/artigo, E-book, Revista e Livro da SPESM.

Formas de Pagamento:

Valor total a pagar: _50 Euros__

- 1) **Cheque** emitido à ordem **Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**
- 2) **Vale Postal** emitido à ordem **Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**
- 3) **Transferência bancária** para:

Caixa Geral Depósitos **NIB** 003503740000230893025 – **IBAN: PT50003503740000230893025**
Banco Santander Totta **NIB** 001800031829823202082 – **IBAN: PT50001800031829823202082**

Nota: Anexar comprovativo de pagamento à ficha de inscrição.

Prof. Carlos Sequeira - Presidente da ASPESM

Escola Superior de Enfermagem do Porto - Rua Dr. António Bernardino de Almeida, S/n - 4200-072 Porto – Portugal

URL: www.aspesm.org Mail: dir.spesm@gmail.com

Estudo de Caso - Depressão pós parto

Introdução:

No puerpério a mulher, a mulher passa por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais (Silva, 2012).

O estudo de caso descreve uma compreensão do fenómeno da depressão pós parto e a sua evolução num espaço de três semanas, tendo por base a intervenção particular de enfermagem em contexto de internamento a um doente depressivo seleccionado por método de conveniência. A intervenção foi realizada recorrendo ao processo de enfermagem, linguagem CIPE, e adequando a intervenção ao doente seleccionado e patologia expressada.

Objectivos:

- ✓ Conhecer o ambiente familiar e sociocultural da utente, de forma a compreender a evolução cronológica da doença;
- ✓ Descrever os diagnósticos e intervenções de enfermagem em linguagem CIPE em função das necessidades particulares do doente;
- ✓ Compreender a eficácia da intervenção de enfermagem na recuperação patológica do doente.

Metodologia:

Foram utilizadas diversas metodologias de colheita e gestão de dados, como vários instrumentos de avaliação (coping resiliente, ansiedade, crenças acerca dos fármacos e estado mental), bem como diário de bordo, guião de entrevista semiestruturada, Intervenção familiar modelo de Calgary, duas entrevistas sistémicas com a presença do doente e observação do comportamento do doente.

Resultados:

Em termos de ganhos em saúde verificou-se que as intervenções de enfermagem, nomeadamente dentro da área de especialidade em saúde mental, se revelaram significativamente positivas para a utente para o seu núcleo familiar.



Diagnóstico Inicial	Ganhos em Saúde após Intervenções de Enfermagem
I. Vontade de viver diminuída II. Ansiedade III. Não Adesão Regime Medicamentoso IV. Parentalidade comprometida	I. Resultado em Enfermagem: Vontade de viver melhorada às vezes. II. Resultado em Enfermagem: Ansiedade melhorada III. Adesão ao regime medicamentoso melhorada. IV. Parentalidade melhorada

Tabela 1 – Apresentação dos diagnósticos de Enfermagem iniciais, segundo Cipe versão 2.0, e posteriores ganhos em saúde após intervenções de Enfermagem.

Conclusão:

Através deste estudo é possível constatar vulnerabilidade da saúde mental da mulher no puerpério quando associada a vários factores e a sua relação com o desenvolvimento do vínculo mãe-filho.

Desta forma, é imperativo rever as prioridades em saúde mental nomeadamente no campo da prevenção, e especificamente na saúde mental materna, que constitui sempre um risco para a mãe e para a criança.

Em suma, ao longo do presente Estudo de Caso, demonstrou-se uma eficácia de prestação de cuidados de enfermagem adequada com a evolução clínica aqui expressada, revelando ganhos substanciais na independência em AVDs, e na integração da vinculação parental..

Referências Bibliográficas:

- Caballo, V. E. (2007). Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos
- CIPE Versão 2 (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Castro, H. – Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Trabalho original em Inglês publicado em 2010).
- World Health Organization (2001). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção Geral de Saúde/OMS.
- Frances, A., & Ross, R. (1999). *DSM-IV Casos Clínicos: Guia para o Diagnóstico Diferencial*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Neeb, K (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Trad. Fernandes, G. Loures: Lusociência.
- Wilkinson, G, Moore, B & Moore, P (2005). *Guia Prático Climepsi do Tratamento da Depressão*. 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, S. (2012). *Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social*. Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Yin, R (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. 2ª Edição. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Autores:

* Prof. Doutora Carolina Miguel Graça Henriques, Professora Adjunta, ESS-IPL Leiria, carolina.henriques@ipleiria.pt, PORTUGAL

*Enfermeiro Nelson Alexandre Simões de Oliveira – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre em ESM Psiquiatria. Enfermeiro na Unidade de Psiquiatria Agudos CHMT –Tomar , 912299452, cnfenelson@hotmail.com | PORTUGAL

* Enfermeira Tânia Felisberto – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, [91719205](tel:91719205), formadorataniafof@gmail.com , PORTUGAL

ANEXO VII

Plano e Avaliação do Grupo de Relaxamento

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

Deite-se confortavelmente de costas, no chão. Feche os olhos. Deixe os braços descansarem suavemente ao longo do corpo, e as pernas relaxarem, voltadas para fora.

Enquanto você inspira e expira, tome consciência de todo o corpo. Sinta as áreas do corpo que estão tocando o chão: o calcanhar, a parte de trás das pernas, as nádegas, as costas, as partes de trás das mãos e dos braços, a parte de trás da cabeça. Cada vez que você soltar o ar, sinta-se mergulhando mais profundamente no chão, libertando a tensão, livrando-se das preocupações e não se prendendo a nada.

Ao inalar o ar, sinta o **abdômen** subir e, ao soltar o ar, sinta o abdômen descer. Durante várias respirações, preste atenção apenas no subir e descer do abdômen.

Agora, ao inspirar, tome consciência dos **pés**. Ao expirar, deixe que eles relaxem. Ao inalar o ar, envie amor para os seus pés e, ao soltar o ar, sorria para eles. Enquanto inalar e soltar o ar, sinta como é maravilhoso ter dois pés que permitem que você ande, corra, pratique desportos, dance, conduza e faça inúmeras outras atividades durante o dia. Envie a sua gratidão para os seus pés por estarem sempre presentes quando você precisa deles.

Ao inspirar, tome consciência das **pernas**. Ao soltar o ar, permita que todas as células das pernas relaxem. Ao inalar o ar, sorria para suas pernas e, ao expirar, envie-lhes amor.

Aprecie a força e saúde existentes nas suas pernas. Enquanto inala e solta o ar, mande-lhes carinho e ternura. Deixe que elas descansem, afundando suavemente na superfície do chão. Liberte qualquer tensão que você possa estar sentindo nas pernas.

Ao inspirar, tome consciência das suas **mãos** pousadas sobre o chão. Ao soltar o ar, relaxe completamente os músculos das mãos, libertando qualquer tensão que possa existir nelas. Ao inalar o ar, sinta como é maravilhoso ter duas mãos. Ao soltar o ar, envie um sorriso de amor para as suas mãos. Ao inspirar e expirar, permaneça em contato com todas as coisas que as suas mãos permitem que você faça: cozinhar, escrever, conduzir, dar a mão a outra pessoa, segurar um bebê, lavar o corpo, desenhar, tocar um instrumento musical, digitar, construir e consertar coisas, acariciar um animal, segurar uma chávena de chá. Você tem todas estas coisas à sua disposição por causa das suas mãos. Delicie-se com o facto de ter duas mãos e deixe que todas as células que fazem parte delas realmente descansem.

Ao inspirar, tome consciência dos seus **braços**. Ao expirar, deixe que eles relaxem completamente. Ao inalar o ar, envie amor para os braços e, ao soltar o ar, sorria para eles. Leve

algum tempo a apreciar os seus braços e a força e a saúde que eles encerram. Envie para eles a sua gratidão por permitirem que você abrace os outros, ajude e sirva outras pessoas, faça trabalhos pesados como limpar a casa e cortar a grama e execute muitas outras coisas no decorrer do dia. Ao inspirar e soltar o ar, deixe que os seus braços descansem completamente na superfície do chão. A cada expiração, sinta a tensão deixando os seus braços. Ao abraçar os braços com sua plena consciência, sinta alegria e descontração em cada parte deles.

Ao inspirar o ar, torne-se consciente dos seus **ombros**. Ao soltar o ar, faça com que qualquer tensão existente neles deslize para o chão. Ao inspirar, envie amor para os seus ombros e, ao expirar, sorria para eles com gratidão. Ao inalar e soltar o ar, tome consciência de que você pode ter deixado muita tensão e stress acumularem-se nos ombros. A cada expiração, faça com que a tensão deixe os seus ombros, sentindo-os relaxar cada vez mais profundamente. Envie para eles ternura e carinho, consciente de que você não quer exigir demais deles, que você quer viver de uma maneira que os deixe relaxados e descontraídos.

Ao inspirar, tome consciência do seu **coração**. Ao soltar o ar, deixe o seu coração descansar. Ao inalar o ar, envie amor para o coração. Ao expirar, sorria-lhe. Enquanto você inala e exala o ar, entre em contato com a sensação maravilhosa que é ter um coração que bate no peito. O coração torna toda a sua vida possível e está sempre ao seu lado, cada minuto, todos os dias. Ele nunca descansa. O seu coração bate desde que você era um feto de quatro semanas no útero da sua mãe. É um órgão maravilhoso que permite que você faça tudo que faz durante o dia. Inspire, na certeza de que o seu coração ama você. Solte o ar e prometa viver de uma maneira que irá ajudar o seu coração a funcionar bem. A cada expiração, sinta o seu coração ficar cada vez mais relaxado. Faça com que cada célula do seu coração sorria alegre e descontraída.

Ao inspirar, tome consciência do seu **estômago** e do seu **intestino**. Ao soltar o ar, deixe que eles relaxem. Ao inalar o ar, envie para eles amor e gratidão. Ao expirar, sorria-lhes carinhosamente. Ao inalar e exalar o ar, pense em como esses órgãos são essenciais para a sua saúde. Dê-lhes a oportunidade de descansar profundamente. Todos os dias eles digerem e assimilam a comida que você come, proporcionando-lhe força e energia. Eles precisam que você dedique algum tempo a reconhecê-los e apreciá-los. Ao inalar o ar, sinta o estômago e o intestino a relaxar e libertar toda a tensão. Ao soltar o ar, usufrua do facto de ter um estômago e um intestino.

Ao inspirar, tome consciência dos seus **olhos**. Ao expirar, deixe que os olhos e os músculos ao redor deles relaxem. Ao inalar o ar, sorria para os seus olhos e, ao soltar o ar, envie-lhes amor. Permita que os seus olhos descansem e rolem para trás. Enquanto você inspira

e expira, pense em como os seus olhos são preciosos. Eles permitem que você olhe nos olhos de alguém que você ama, contemple um belo pôr-do-sol, leia e escreva, se mova com facilidade de um lado para outro, veja um pássaro voando no céu, assista a um filme - tantas coisas são possíveis por causa dos seus olhos. Leve algum tempo apreciando a dádiva da visão e deixe os seus olhos descansarem profundamente. Pode erguer suavemente as sobrancelhas para ajudar a libertar a tensão que pode existir ao redor dos olhos.

TREINO AUTOGÊNICO DE SCHULTZ

Relaxe todo o seu corpo. Procure ficar bem à vontade, soltando a respiração livremente. De seguida, visualize uma linda estrada. Relaxe. Deixe que o seu pensamento esteja impregnado de paz e harmonia. Imagine-se caminhando por essa estrada, a qual vai dar a pum enorme e florido campo, repleto de margaridas. Atentamente visualize toda a área e veja cada detalhe das pétalas, do caule, das folhas e das raízes. Observe os tons de cores existentes, o seu formato, o movimento e o som do vento. Relaxe. Veja agora o que essa paisagem lhe transmite, o tipo de sentimento, de energia, as lembranças que essa visão lhe traz. Relaxe.

Deixe que todas as associações de ideias e lembranças, surjam tranquilamente. Solte a sua imaginação e permita-se estar em processo de expansão da criatividade. Veja-se passeando entre as margaridas e, ao mesmo tempo, observe o vento. Sinta a harmonia e relaxe. Procure equilibrar-se intimamente. Observe que também a terra exerce esse mesmo movimento, ao permitir o crescimento das margaridas.

Visualize o entrelaçar da energia entre a terra e os pés das margaridas, a força e o vigor que vêm da terra, o fresco que vem do vento. Relaxe. Sinta o calor fortalecedor que advém dos raios solares. Perceba o que essa reflexão provoca em si, focalize o ambiente em volta de si, observe atentamente o tipo de energia à sua volta, desenvolvida nas relações interpessoais. Relaxe. Aproveite este momento para libertar todas as tensões e armazenar as energias revigoradoras. Relaxe. Agora procure visualizar uma luz amarela e brilhante, fortalecendo os seus pensamentos, colaborando para que você retorne do relaxamento bem animado. Aos poucos, prepare-se para retornar do relaxamento. Comece a sentir o seu corpo. Relaxe. Procure compreender o que percebeu durante a experiência. Relate a sua experiência.

Avaliação da Sessão de Relaxamento I - dia 11 de Março de 2013

Nesta actividade participaram um total de 5 utentes.

A sessão decorreu após o treino de competências sociais, da parte da tarde, cerca das 15:45h. Os utentes mostraram-se renitentes com a hora do relaxamento, mas aceitaram a experiência.

Foram avaliados os sinais vitais antes da sessão e pedido que, se fosse de sua vontade, se deitassem em colchões de ginástica e seguissem as orientações concentrados na voz do terapeuta.

Previamente foi despistado a existência de qualquer fobia relativa a água ou pássaros, inquirindo os utentes, uma vez que a música de relaxamento escolhida tinha esses sons.

Avaliação de sinais vitais Antes da Sessão

Utente	Tensão Arterial (mmHg)	Frequência Cardíaca (bpm)
A.	137/98	84
F.	126/82	52
H.	142/90	88
R.	113/78	116
S.	106/71	70

O método de relaxamento utilizado foi Relaxamento Progressivo de Jacobson, no sentido de que os utentes apreendessem algumas estratégias promotoras de bem-estar.

De um modo geral, todos os utentes verbalizaram um aproveitamento positivo da sessão, no entanto, a maioria mostrou sinais de alguma tensão e ansiedade durante o tempo que decorreu a sessão.

Assim, o Sr. H. mostrou ser o que mais aproveitou a sessão, mostrando inclusivamente seguir as indicações de contração e descontração em tempo apropriado, e revelou uma mudança significativa nos seus sinais vitais.

Nos restantes utentes não houve uma mudança tão visível de sinais vitais, tendo em alguns casos se verificado uma ligeira subida destes, compatível com os sinais de tensão demonstrados por esses utentes durante a sessão.

Avaliação de sinais vitais Depois da Sessão

Utente	Tensão Arterial (mmHg)	Frequência Cardíaca (bpm)
A.	131/95	84
F.	126/81	52
H.	121/88	92
R.	121/80	116
S.	112/78	73

Ao longo da sessão o Sr. R. mostrou sinais de inquietude, deixou de cumprir o comando do relaxamento. A Sra. S. teve dificuldade de voltar a relaxar após comando de descontração muscular, cerrando os punhos. Apresentou também períodos de bruxismo.

Após a sessão e reunião com Enfermeiras Tutoras, chegou-se à conclusão que se poderia melhorar alguns aspetos na execução da sessão, nomeadamente a medição dos sinais, após esta, ainda com redução dos estímulos e sem haver levantes significativos. Bem como, a avaliação antes e após sessão, numa escala de 0-100% por parte dos utentes, do seu nível de ansiedade. Procedimentos a considerar nas próximas sessões.

Para além disso, passará a elaborar-se uma forma de relaxamento recorrendo não só à técnica de relaxamento de Jacobson, como também à técnica de relaxamento de Shultz, de forma a promover um relaxamento mais profundo e de encontro a mais formas de estar de utentes.

Avaliação da Sessão de Relaxamento II - dia 14 de Março de 2013

Na actividade participaram 5 utentes, que após actividade de “Movimento” aceitaram participar na sessão de Relaxamento, cerca das 11h da manhã.

Antes da sessão foi explicado aos utentes uma breve noção do que é a ansiedade, técnicas de relaxamento e seus benefícios, bem como o tipo de relaxamento a executar.

Os utentes foram motivados a verbalizarem o grau de ansiedade que sentiam no momento, numa percentagem de 0-100%. E de seguida registou-se os sinais vitais de todos os utentes.

Avaliação <u>Antes</u> da Sessão			
Utente	Tensão Arterial (mmHg)	Frequência Cardíaca (bpm)	Ansiedade no momento (0-100%)
A.	139/88	103	80%
C.	166/96	77	60%
F.	119/79	71	0%
SS	114/75	81	60%
S.	111/74	76	50%

Foi realizada a técnica de Schultz “O Treino Autogéneo”. Durante a sessão os utentes mostraram ter usufruído desta mostrando corpo flácido, sem agitação ou tensão. A utente Sónia não apresentou períodos de bruxismo, frequente quando está ansiosa.

No final da sessão todos verbalizaram um aproveitamento positivo e avaliaram o nível de ansiedade inferior ou igual ao que tinham, sendo que os dois utentes que a classificaram como igual à percentagem que tinham inicialmente, referem ter usufruído de sensação de tranquilidade.

Os sinais vitais foram avaliados ainda com a redução de estímulos tendo sido verificado uma diferença mais acentuada na diminuição dos mesmos, em quase todos os casos.

Avaliação Depois da Sessão

Utente	Tensão Arterial (mmHg)	Frequência Cardíaca (bpm)	Ansiedade no momento (0-100%)
A.	128/83	94	60%
C.	132/86	79	40%
F.	112/70	68	0%
SS	127/81	83	30%
S.	112/75	79	50%

De uma maneira geral a apreciação da actividade foi bastante positiva tendo alguns doentes verbalizado que sentiam melhores depois da sessão de relaxamento, reconhecendo o seu valor terapêutico no controlo da ansiedade.

Avaliação da Sessão de Relaxamento III - dia 18 de Março de 2013

Na actividade participaram 5 utentes, que após actividade de “Movimento” aceitaram participar na sessão de Relaxamento, cerca das 11h da manhã.

Antes da sessão foi explicado a técnica de relaxamento que se iria realizar, para que fosse possível o grupo usufruir do comando de relaxamento.

Antes do relaxamento foram avaliados os sinais vitais e grau de ansiedade verbalizado, que a tabela seguinte mostra. A utente Celeste Leal mostrou estar preocupada por precisar de falar com assistente social, mas foi tranquilizada de que a sessão acabaria a tempo e a assistente social seria informada da presença dela na sessão.

Avaliação <u>Antes</u> da Sessão			
Utente	Tensão Arterial (mmHg)	Frequência Cardíaca (bpm)	Ansiedade no momento (0-100%)
C.	131/76	79	40%
T.	120/78	97	80%
RR	118/74	94	80%
L.	124/77	81	70%
S.	105/76	68	50%

Ao longo do relaxamento os utentes adoptaram a posição de decúbito dorsal. Foi realizada a técnica de relaxamento de Jacobson, induzida inicialmente imagética.

Durante a sessão a utente C. foi cumprindo as indicações de relaxamento. A utente Teresa também cumpriu as indicações, mas manteve hiperextensão da cabeça, no entanto, no fim da sessão referiu “parece que me tiraram toneladas de cima”, confirmando ter relaxado.

O Sr. RR inicialmente quis ficar sentado, mas acabou por se deitar para completar o relaxamento. Manteve respiração profunda e foi cumprindo as indicações, adoptando postura de conforto ao longo do relaxamento, com descontração corporal.

Tanto a utente L. como a S. cumpriram as indicações do relaxamento, tendo a Sónia manifestado pequenos períodos de bruxismo, inferiores ao início da sessão.

A avaliação dos sinais vitais foi feita com redução de estímulos e sugestão de silêncio, por forma a serem mais fidedignos, que resultou na tabela seguinte.

Avaliação <u>Depois</u> da Sessão			
Utente	Tensão Arterial (mmHg)	Frequência Cardíaca (bpm)	Ansiedade no momento (0-100%)
C.	143/82	84	35%
T.	110/71	85	40%
RR	121/68	92	30%
L.	119/81	86	50%
S.	99/70	59	50%

De um modo geral a sessão teve um efeito positivo na melhoria da ansiedade, com efeito terapêutico reconhecido pelos utentes.

Avaliação da Sessão de Relaxamento IV - dia 25 de Março de 2013

A actividade decorreu com a participação de três utentes que aceitaram permanecer, após a actividade “Movimento”, para a sessão de Relaxamento.

Dos três utentes, dois já tinham beneficiado de sessões anteriores, e um utente esteve presente pela primeira vez. Iniciou-se a sessão por uma breve explicação dos benefícios do Relaxamento para a saúde e prosseguiu-se com indicação da técnica a ser utilizada.

Antes da sessão prosseguiu-se à avaliação de alguns sinais vitais bem como do nível de ansiedade actual de cada utente, conforme consta na tabela seguinte.

Avaliação <u>Antes</u> da Sessão			
Utente	Tensão Arterial (mmHg)	Frequência Cardíaca (bpm)	Ansiedade no momento (0-100%)
C.	132/79	82	50%
T.	133/81	78	65%
A.	152/97	87	80%

Durante a sessão de relaxamento, os utentes adoptaram a posição decúbito dorsal, cumprindo indicações. De referir que a utente T. não tinha participado na actividade anterior ao Relaxamento e veio de propósito por reconhecer os benefícios terapêuticos em sessões anteriores.

Após a sessão, todos verbalizaram terem beneficiado do Relaxamento e apresentaram as seguintes variações na avaliação de sinais vitais e nível de ansiedade.

Avaliação <u>Depois</u> da Sessão			
Utente	Tensão Arterial (mmHg)	Frequência Cardíaca (bpm)	Ansiedade no momento (0-100%)
C.	131/86	84	40%
T.	129/72	77	40%
A.	163/97	74	50%

De notar, que o utente A., apesar de um aumento na tensão sistólica possivelmente por iniciar conversa e movimentos antes da avaliação desta, notou diferença a nível de ansiedade e verificou-se decréscimo de frequência cardíaca.

A sessão mostrou ser de enorme benefício para os utentes, no final partilhou-se estratégias pra relaxar em casa que se revelam essenciais para a autonomia dos utentes no controlo da ansiedade em geral.

Plano de Sessão – Relaxamento Progressivo de Jacobson

Local	Ginásio do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar
Data	Inicia a 11 de Março de 2013 e executa-se ao longo do estágio
Duração	Cerca de 30 a 40 min., início previsto às 11h
Mestrandas	Elisa Gariso e Tânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar Critérios de inclusão - Utentes referenciados pela equipa de enfermagem a participar na actividade; Critérios de exclusão - Doentes com esquizofrenia em fase aguda com quadro psicótico.
Recursos materiais	Sala com baixa luminosidade e ruído mínimo possível Colchões Computador Pen com música de relaxamento Folhas com guião de relaxamento Monitor de avaliação de sinais vitais, termómetro auricular Folhas de registo de sinais vitais/ observação ou manifestações verbais e não verbais Caneta
Objectivos	- Promover o relaxamento; - Ensinar e treinar técnica de relaxamento; - Melhorar a saúde mental; - Diminuir a ansiedade, o stress e a tensão muscular; - Promover a expressão de emoções e sentimentos de bem-estar, calma e tranquilidade.
Desenvolvimento	As sessões de relaxamento serão desenvolvidas ao longo de todas as semanas de ensino clínico. Os utentes seleccionados serão informados dos benefícios e o modo como decorrerá a terapia, e convidados a participar na mesma. Os utentes deitam-se e é-lhes proposto que fechem os olhos e que descontraíam ao som da música e da respiração calma e profunda, de acordo com as indicações da Enfermeira Terapeuta. Posteriormente, são dirigidos e envolvidos na terapia, segundo o guião de relaxamento progressivo de Jacobson (contração e descontração muscular)
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; ✓ Avaliar Sinais Vitais antes e após a sessão; ✓ Incentivar a expressão de sentimentos, nomeadamente se sentem mais relaxados e descontraídos; ✓ Registar a intervenção e respectivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	Para Ryman (1995) citado por Payen (2003), o relaxamento é “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. É então um estado de repouso voluntário, tanto físico como psíquico, o que favorece o equilíbrio, podendo ser usada para lidar com o stress, como tratamento e ainda por forma a prevenir determinados estados. Está

	<p>indicado para estados de stress, ansiedade, insónia, disforia, controlo da dor, controlo de agressividade, entre outros</p> <p>A obtenção do relaxamento pode contrariar muitos dos sintomas associados ao <i>stress</i>, que se manifestam quer fisiologicamente, quer a nível comportamental.</p> <p>O relaxamento permite uma diminuição da actividade fisiológica do individuo que é acompanhada de uma sensação de calma, paz e bem-estar. Desta forma combate a ansiedade, o <i>stress</i>, as preocupações e a tensão mental e física. Para além disso, sensação de bem-estar promove a saúde em geral e a saúde mental em particular (Serra, 2011).</p> <p>Existem várias técnicas de relaxamento estudadas e utilizadas com sucesso, por exemplo o relaxamento progressivo de Jacobson e o treino autogénico de Schultz. Jacobson propôs que o relaxamento da musculatura oferece uma influência calma e relaxada a todo o organismo, incluindo à mente. Já Schultz propôs que o relaxamento pode ser realizado através de frases de autosugestão e imagética, criando no utente um estado autogénico, isto é, um estado de calma profunda através de imagens e sensações de calor e calma (Payne, 2003).</p> <p>O relaxamento progressivo é um método de relaxamento muscular profundo desenvolvido em 1929 por Jacobson, tratando-se de um processo activo no sentido em que o indivíduo trabalha os músculos e a sua técnica baseava-se na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através de tensão muscular, tendo sido observados excelentes resultados com este método no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, hipertensão, enxaquecas, asma, arritmia ventricular, controlo da dor, entre outros. Esta técnica é realizada através da aprendizagem de técnicas de tensão-distensão, contracção-descontracção de grupos musculares específicos, prestando atenção às sensações associadas aos estados de tensão e de relaxamento. (Payne, 2003).</p> <p>Especificando esta técnica, há que ter em conta que esta se baseia na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular. Este é um método de relaxamento profundo em que se observaram resultados positivos no tratamento da tensão muscular, ansiedade, depressão, fadiga dores de pescoço e costas, tensão arterial elevada. (Townsend, 2011)</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Payne, R. A. (2003). <i>Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde</i> (2ª edição). Loures: Lusociência.</p> <p>Serra, A. V. (2011). <i>O Stress na vida de todos os dias</i>. (3ª Edição Revista e Aumentada). Coimbra: Edição do Autor.</p> <p>Townsend, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano de Sessão – Técnica de Schultz “O Treino Autogénico”

Local	Ginásio do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar
Data	14 de Março de 2013 e executa-se ao longo do estágio.
Duração	Cerca de 30 a 40 min., início previsto às 11h
Mestrandas	Elisa Gariso, Tânia Felisberto e Marta Martino
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar Critérios de inclusão - Utentes referenciados pela equipa de enfermagem a participar na actividade; Critérios de exclusão - Doentes com esquizofrenia em fase aguda com quadro psicótico.
Recursos materiais	Sala com baixa luminosidade e ruído mínimo possível Colchões Computador Pen com música de relaxamento Folhas com guião de relaxamento Monitor de avaliação de sinais vitais Folhas de registo de sinais vitais/ observação ou manifestações verbais e não-verbais Caneta
Objectivos	- Promover o relaxamento; - Ensinar e treinar técnica de relaxamento; - Melhorar a saúde mental; - Diminuir a ansiedade, o <i>stress</i> e a tensão muscular; - Promover a expressão de emoções e sentimentos de bem-estar, calma e tranquilidade.
Desenvolvimento	As sessões de relaxamento serão desenvolvidas ao longo de todas as semanas de ensino clínico. Os utentes selecionados serão informados dos benefícios e o modo como decorrerá a terapia, e convidados a participar na mesma. Os utentes deitam-se e é-lhes proposto que fechem os olhos e que descontraíam ao som da música e da respiração calma e profunda, de acordo com as indicações da Enfermeira Terapeuta. Posteriormente, são dirigidos e envolvidos na terapia, segundo o guião de relaxamento técnica de Schultz “O treino Autogéneo”.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; ✓ Avaliar Sinais Vitais antes e após a sessão; ✓ Incentivar à avaliação da ansiedade numa escala 0 a 100% antes e após a sessão; ✓ Incentivar a expressão de sentimentos, nomeadamente se sentem mais relaxados e descontraídos; ✓ Registar a intervenção e respectivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	Para Ryman (1995) citado por Payen (2003, p. 3), o relaxamento é “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. É então um estado de repouso voluntário, tanto físico como psíquico, o que favorece o equilíbrio, podendo ser usada para lidar com o stresse, como tratamento e ainda por forma a prevenir determinados estados. Está

	<p>indicado para estados de stresse, ansiedade, insónia, disforia, controlo da dor, controlo de agressividade, entre outros</p> <p>A obtenção do relaxamento pode contrariar muitos dos sintomas associados ao <i>stress</i>, que se manifestam quer fisiologicamente, quer a nível comportamental.</p> <p>O relaxamento permite uma diminuição da atividade fisiológica do individuo que é acompanhada de uma sensação de calma, paz e bem-estar. Desta forma combate a ansiedade, o <i>stress</i>, as preocupações e a tensão mental e física. Para além disso, sensação de bem-estar promove a saúde em geral e a saúde mental em particular (Serra, 2011).</p> <p>Existem várias técnicas de relaxamento estudadas e utilizadas com sucesso, por exemplo o relaxamento progressivo de Jacobson e o treino autogénico de Schultz. Jacobson propôs que o relaxamento da musculatura oferece uma influência calma e relaxada a todo o organismo, incluindo à mente. Já Schultz propôs que o relaxamento pode ser realizado através de frases de autossugestão e imagética, criando no utente um estado autogénico, isto é, um estado de calma profunda através de imagens e sensações de calor e calma (Payne, 2003).</p> <p>O treino autogénico consiste numa abordagem que deriva da auto-hipnose. O seu fundador, o psiquiatra Johannes Schultz, percebeu que alguns dos seus pacientes aprendiam a entrar em transe superficial concentrando-se em imagens de peso e calor, além de que beneficiavam em termos de saúde mental. Assim, Shultz chamou a este estado de transe auto gerado “autogénico”, e desenvolveu uma terapia baseada neste (Payne, 2003).</p> <p>Hoje em dia, o Treino Autogénico está já estabelecido, tendo o participante um papel ativo no seu próprio tratamento, pelo que é considerado uma técnica de relaxamento e não uma forma de hipnose (<i>idem</i>).</p>
Bibliografia	<p>Payne, R. A. (2003). <i>Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde</i> (2º edição). Loures: Lusociência.</p> <p>Serra, A. V. (2011). <i>O Stress na vida de todos os dias</i>. (3ª Edição Revista e Aumentada). Coimbra: Edição do Autor.</p> <p>Townsed, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

ANEXO VIII

Plano e Avaliação do Grupo de Técnicas de Competências Sociais

Levanta –te
Ajuda-me
Espera um momento
Escuta
Cala-te
Espera
Sai daqui
Pára
Mais depressa
Olha
Político
Contador de histórias
Comentador desportivo
Padre

Jornalista

Histórias 1

Era uma vez uma cigarra que vivia a saltitar e a cantar num bosque, sem se preocupar com o futuro. Esbarrando numa formiguinha, que carregava uma folha pesada, perguntou:

- Ei, formiguinha, para que todo esse trabalho? O verão é para aproveitar! O verão é para nos divertirmos!

- Não, não, não! Nós, formigas, não temos tempo para diversão. É preciso trabalhar agora para guardar comida para o inverno.

Durante o verão, a cigarra continuou a divertir-se e a passear por todo o bosque. Quando tinha fome, bastava pegar uma folha e comer. Para a cigarra, o que importava era aproveitar a vida, e aproveitar o hoje, sem pensar no amanhã. Para quê construir um abrigo? Para quê armazenar alimento? Era pura perda de tempo.

Certo dia o inverno chegou, e a cigarra começou a tremer de frio. Sentia seu corpo gelado e não tinha o que comer. Desesperada, foi bater na casa da formiga.

Abrindo a porta, a formiga viu na sua frente a cigarra quase morta de frio.

Puxou-a para dentro, agasalhou-a e deu-lhe uma sopa quente e deliciosa.

Naquela hora, apareceu a rainha das formigas que disse à cigarra: - No mundo das formigas, todos trabalham e se quiseres ficar connosco, cumpre o teu dever: toca e canta para nós.

Para a cigarra e para as formigas, aquele foi o inverno mais feliz das suas vidas.

Avaliação da sessão TCS

A actividade Treino de Competências Sociais foi constituída por 6 pessoas. A terapeuta Marta Martinho liderou a sessão com a presença das alunas de Mestrado Tânia Felisberto e Elisa Gariso.

A actividade iniciou com uma dinâmica de apresentação do grupo e prosseguiu com uma introdução explicativa dos objectivos a alcançar no grupo.

Assim, inicialmente foram realizados 3 subgrupos constituídos por 2 elementos para apresentação e de seguida apresentar o colega ao grupo.

À observação constatou-se que os utentes Frederico e Henrique quando se viram cumprimentaram-se com aperto de mão após iniciativa do Sr. Henrique. Os utentes Marco e Rui cumprimentaram-se com aperto de mão após iniciativa dos dois e ficaram a conversar aprofundando conhecimentos pessoais (frente a frente). Os utentes José e Sónia não se cumprimentaram com contacto físico e ficaram de lado um com o outro, aprofundaram poucos conhecimentos um do outro.

Após a apresentação todos foram convidados a sentarem em círculo com terapeuta e co-terapeutas, havendo espaço para apresentarem o colega que estiveram a conhecer. Observou-se que o utente Frederico apresentou uma postura retraída, com pouca comunicação não-verbal, apenas conseguiu dizer o nome e a idade do Sr. Henrique. Não sentiu necessidade de fazer outras perguntas para aprofundar conhecimentos. Nunca participou nas questões realizadas aos outros elementos do grupo. Quando houve oportunidade para expressar as expectativas, foi o primeiro a intervir referindo que estas sessões são importantes para percebermos os gestos dos outros. No entanto, não referiu as dificuldades que sentiu.

O Sr. H. teve uma postura corporal mais descontraída com alguns gestos a acompanhar a comunicação não-verbal. Durante a apresentação do colega referiu o nome, idade e quem morava com o F., mas teve necessidade de ir questionando o Frederico para completar a informação. Participou na realização de questões aos outros utentes com iniciativa. Não referiu expectativas nem dificuldades.

O utente M. manteve uma postura descontraída e com gestos a acompanharem a comunicação não-verbal. Conseguiu dizer o nome, idade, agregado familiar, profissão e

estado civil actual do colega. Participou na realização de questões aos outros utentes com iniciativa. Não referiu expectativas mas referiu não ter sentido dificuldade no contacto com os outros.

O utente R. manteve uma postura corporal mais retraída, no entanto manteve a comunicação com o M. Referiu o nome, idade e o que o M. estava a fazer actualmente. Participou na realização de questões aos outros mas com pouca iniciativa. Referiu ter dificuldade no contacto com as pessoas desconhecidas e em realizar questões. Como expectativa referiu querer ganhar aptidões para comunicar.

A utente S. apresentou uma postura retraída e com sinais de ansiedade (bruxismo). Referiu apenas o nome e o que o colega estava a fazer no ambulatório. Não fez questões aos outros doentes nem referiu expectativas. Referiu dificuldade em fazer questões.

Por fim, o Sr. J. referiu o nome da colega e o que estava a fazer no ambulatório. Tinha uma postura descontraída e dificuldade em concentrar-se, várias vezes dormitava. Referiu apenas uma questão aos outros e como expectativas espera com estas sessões conhecer melhor as outras pessoas.

Após as apresentações foi mostrado ao grupo as competências esperadas em sociedade e como se vai trabalhar para as alcançar.

De um modo geral todos mostraram interesse e compreensão nos benefícios terapêuticos destas sessões.

Avaliação Sessão Treino de Competências Sociais – dia 13/03/2013

Apresentação entre sub-grupos de 2 pessoas, posterior apresentação ao grupo do colega e discussão sobre expectativas para o grupo terapêutico.

Duplas/ Utente	Avaliação
F./ H.	Quando se viram cumprimentaram-se com aperto de mão após iniciativa do Sr. Henrique. Os utentes
J./ S.	Os utentes J. e S. não se cumprimentaram com contacto físico e ficaram de lado um com o outro, aprofundaram poucos conhecimentos um do outro.
M./ R.	M. e R. cumprimentaram-se com aperto de mão após iniciativa dos dois e ficaram a conversar aprofundando conhecimentos pessoais (frente a frente).
F.	Apresentou uma postura retraída, com pouca comunicação não-verbal, apenas conseguiu dizer o nome e a idade do Sr. H. Não sentiu necessidade de fazer outras perguntas para aprofundar conhecimentos. Nunca participou nas questões realizadas aos outros elementos do grupo. Quando houve oportunidade para expressar as expectativas, foi o primeiro a intervir referindo que estas sessões são importantes para percebermos os gestos dos outros. No entanto, não referiu as dificuldades que sentiu.
H.	Teve uma postura corporal mais descontraída com alguns gestos a acompanhar a comunicação não-verbal. Durante a apresentação do colega referiu o nome, idade e quem morava com o Frederico, mas teve necessidade de ir questionando o F. para completar a informação. Participou na realização de questões aos outros utentes com iniciativa. Não referiu expectativas nem dificuldades.
M.	Postura descontraída e com gestos a acompanharem a comunicação não-verbal. Conseguiu dizer o nome, idade, agregado familiar, profissão e estado civil actual do colega. Participou na realização de questões aos outros utentes com iniciativa. Não referiu expectativas mas referiu não ter sentido dificuldade no contacto com os outros.
J.	Referiu o nome da colega e o que estava a fazer no ambulatório. Tinha uma postura descontraída e dificuldade em concentrar-se, várias vezes dormitava. Referiu apenas uma questão aos outros e como expectativas espera com estas sessões conhecer melhor as outras pessoas.
R.	Manteve uma postura corporal mais retraída, no entanto manteve a comunicação com o M. Referiu o nome, idade e o que o M. estava a fazer actualmente. Participou na realização de questões aos outros mas com pouca iniciativa. Referiu ter dificuldade no contacto com as pessoas desconhecidas e em realizar questões. Como expectativa referiu querer ganhar aptidões para comunicar.
S.	Apresentou uma postura retraída e com sinais de ansiedade (bruxismo). Referiu apenas o nome e o

	que o colega estava a fazer no ambulatório. Não fez questões aos outros doentes nem referiu expectativas. Referiu dificuldade em fazer questões.
--	--

Avaliação Sessão Treino de Competências Sociais – dia 28/03/2013

Aquecimento: Foi pedido aos utentes que deambulassem pela sala, de forma tranquila e de forma rápida, que formem uma roda e que troquem de lugar entre eles demonstrando essa vontade através do olhar. Pedir aos doentes que formem duplas e entre eles façam várias expressões faciais e que o outro identifique o sentimento presente na expressão facial.
E ainda que trocassem uma bola entre si atribuindo um cheiro e um símbolo.

Avaliação: as propostas foram efectuadas na generalidade com sucesso, mas, verificou-se a incapacidade de atribuir um cheiro e um símbolo à bola por parte dos utentes. As expressões dos utentes demonstravam uma mímica mais fechada, dificuldade em sorrir.

Após uma explicação sobre a importância de saber adequadamente, na interacção social a expressão facial, o sorriso e o contacto visual. Foi pedido que os utentes representassem algumas expressões faciais.

Utente	Avaliação
R.	Não conseguiu puxar os cantos da boca para fora, verbalizou ter alguma dificuldade sem sorrir. Na expressão de surpresa esboçou ligeiramente o que era pretendido.
S.	Alguma dificuldade em sorrir, pouco expressiva, juntou as sobrancelhas. Foi explicado que as sobrancelhas ao juntarem demonstram uma expressão de zangada e a utente verbalizou que nunca se apercebeu que utilizava tanto essa expressão.
M.	Conseguiu sorrir. Demonstrou sempre confiança em si mesmo.
F.	Expressou um sorriso mais forçado. Conseguiu demonstrar melhor a expressão de surpresa.
H.	Conseguiu sorrir sem dificuldade. Sorriso aberto.
RR	Não conseguiu expressar um sorriso completo. Expressou surpresa de uma forma subtil.

Role-play: Demonstrar numa situação do dia-a-dia como a marcação de uma consulta, a influencia da expressão facial.

R./M.	O R. aproximou-se do Marco para marcar consulta, realizou essa actividade com uma cara fechada, pouco expressiva. O M., que recebeu a marcação da consulta, realizou essa actividade demonstrando alguma expressão mas muito subtil. Esboçou sorriso.
S./ H.	S. ao marcar a consulta, esforçou-se por ser expressiva, mas o olhar não acompanhou essa intensão. O H. que fez o papel de marcar a consulta demonstrou mais expressividade e conseguiu sorrir sem retraimento.
F./ RR	O F. esboçou as expressões que tentava transmitir ao colega RR e este teve alguma dificuldade em dirigir o olhar e expressar-se verbalmente.

Após repetição da actividade para treino, notou-se uma melhoria significativa na interpretação de papéis, sendo essencial o feedback dos terapeutas para a melhoria dos resultados. Encerrou-se a sessão com a promoção de um treino em casa das expressões vivenciadas durante a actividade.

RELATÓRIO DO TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS – 04-04-2013

<p>A sessão de treino de competências sociais começou com o aquecimento em que foi pedido aos utentes que deambulassem pela sala adaptando o seu movimento ao ritmo de várias músicas que eram colocadas. Após o aquecimento fizemos uma breve recapitulação dos conhecimentos adquiridos na sessão anterior e dialogamos sobre a interacção familiar pedido aos doentes que fizessem uma dramatização sobre a sua chegada a casa após as atividades no Hospital.</p>	
M.	<p>Teve a iniciativa de começar. Referiu que quando chega a casa dirige-se logo para o seu quarto para tomar banho e muitas vezes só vê a sua mãe passado 1/2horas após estar em casa e quando precisa de se dirigir ao quarto dela para ir buscar “meias à gaveta do pai”. Por norma a sua mãe está na cama a ler um livro e o seu pai não se encontra em casa. Quando se dirige à sua mãe cumprimenta-a com um beijo e diz-lhe “olá mãe”, também costuma dizer algumas coisas do seu dia-a-dia. Referiu que nível da dinâmica familiar, eles não jantam juntos comendo quando querem. Apresentou uma postura descontraída, sendo o que apresentou mais iniciativa a cumprir as indicações dadas pelo Director.</p>
S.	<p>A doente durante o aquecimento já se tinha mostrado pouco colaborante, tendo dificuldade em cumprir as indicações dadas. A nível da dinâmica familiar referiu que quando chega a casa cumprimenta verbalmente todos em tom de voz alto, não cumprimentando com um “beijo” por os elementos da família não gostam. Dirige-se em primeiro ao filho e pergunta-lhe como correu o seu dia. Posteriormente dirige-se à sua mãe e cumprimenta-a verbalmente tendo um pouco no diálogo com ela. Referiu que a sua mãe é “um pouco fria”. Foi pouco participativa na dinâmica realizada, tendo que ser incentivada. Manteve-se ansiosa com tremores dos membros superiores, estereotípias motoras e bruxismo. Não demonstrou interesse na sessão tentando várias vezes interromper com assuntos externo à sessão “estou muito preocupada com os cursos”.</p>
R.	<p>O doente referiu que quando chega a casa vai cumprimentar os seus pais com um “beijo” e que se estiverem no quintal vai procura-los mas que antes não os procurava porque “quando estava a sair de casa só pensava em voltar outra vez”. Referiu que não se apercebe da sua mímica facial. Verbalizou ainda que por vezes já mantém um diálogo com os pais. Com uma postura retraída, comunicativo se solicitado e verbalizou não ter muitas vezes “noção da sua expressão facial”.</p>
RR	<p>O doente descreveu que quando chega a casa cumprimenta a sua mãe com um “beijo” e que a sua mãe lhe pergunta o que fez pelo hospital, havendo um diálogo inicial. Refere que conta o que aconteceu no hospital e “agora estou muito cansado vou tomar um banho e depois comer”. Referiu ainda que quando chega ao carro cumprimenta o seu pai com um beijo. Demonstrou que tem iniciativa em fazer questões. Referiu também, relativamente a ter iniciativa em cumprimentar as outras pessoas, que “sente que às vezes passa despercebido”. Não</p>

	tem crítica para a ausência de mímica facial.
F.	<p>O doente descreveu que quando chega a casa não procura os seus pais, senta-se no sofá da sala ou isola-se no seu quarto a ver televisão. Normalmente não cumprimenta os seus pais com um cumprimento físico. Verbalizou várias vezes não se lembrar da sua dinâmica familiar “esqueci-me”, “não quero mentir, não me consigo lembrar das coisas”.</p> <p>Demonstrou dificuldade em fazer perguntas de forma a manter um diálogo, não tem iniciativa em começar uma conversa e apesar de lhe fazerem algumas questões não evolui na conversa, apresentando um discurso monossilábico, uma postura retraída e defensiva.</p> <p>Verbalizou crítica para a sua ausência de mímica facial e comentou este embotamento noutros doentes, referindo “tem cara que todos lhe devem e ninguém lhe paga”.</p> <p>No fim da sessão concluiu que “devemos ter iniciativa em cumprimentar os outros”.</p>

RELATÓRIO DO TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS – 11-04-2013

<p>A sessão de treino de competências sociais começou com o aquecimento. Após o aquecimento fizemos uma breve recapitulação dos conhecimentos adquiridos na sessão anterior e dialogamos sobre ideias e temas de conversa e sinais da comunicação verbal e não-verbal de escuta ativa, pedido aos doentes que fizessem um role play de uma situação de conversa numa sala de espera.</p>	
M.	<p>Teve a iniciativa de começar. Durante o role play apresentou uma postura descontraída com discurso fluente e rico. Mostrou-se capaz de fazer questões e manter a conversa. Durante a interação manteve contato ocular com o outro utente, com expressão não-verbal adequada, gesticulando com as mãos e acenando com a cabeça.</p>
S.	<p>Apresentou uma postura descontraída, com discurso fluente e rico. Com facilidade em manter a conversa, tendo várias vezes a iniciativa e realizar questões. Manteve o contato ocular com o outro utente adoptando uma comunicação não-verbal adequada, gesticulando e acenando com a cabeça. Algumas vezes confirmava a informação transmitida através de questões e de acenos, mostrando uma escuta ativa.</p>
R.	<p>Apresentou uma postura retraída, com discurso pouco fluente e por vezes com respostas curtas, demonstrando dificuldade em manter ou iniciar uma conversa. Manteve o contato ocular com o outro utente. Quando se dirigiu a ele cumprimentou-o com um contato físico (aperto de mão). Com alguns períodos de expressividade facial. A nível da comunicação não-verbal acenou por vezes mas com dificuldade na gesticulação.</p>
RR	<p>Inicialmente verbalizou vontade de não participar na atividade referindo que o motivo era a dificuldade em ter uma conversa com outra pessoa “por vezes não tenho palavras”. Com uma postura retraída e com discurso com respostas curtas e sem iniciativa em realizar perguntas ao outro utente. Apesar de ter facilidade em manter o contato visual com o outro não teve uma comunicação não-verbal que demonstrasse escutar e compreender a mensagem que recebia.</p> <p>No 2º role-play, e após a reflexão das dificuldades sentidas, adotou uma postura menos tensa e retraída e com um fâcies mais expressivo.</p>
F.	<p>Quando foi proposto para fazer a atividade verbalizou dificuldade em realiza-la “isto não vai correr bem”. Quando se sentou direccionou a cadeira para o outro utente de forma a ficarem frente-a-frente. Com dificuldades em manter a conversa sendo incapaz de realizar perguntas respondendo apenas às que lhe eram realizadas, com discurso com respostas curtas. Com uma postura retraída e sem mimica corporal. Não conseguiu manter contato ocular com o outro utente ficando grande parte da conversa com o olhar fixo no chão.</p> <p>No 2º role-play, e após a reflexão das dificuldades sentidas, manteve a mesma postura.</p>

Plano da Sessão 1 – Treino de Competências

Local	Ginásio do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 11 de Março de 2013
Duração	Cerca de 30 a 40 min., início previsto às 14h30
Terapeutas	Terapeuta - Enf ^a Marta Martinho, Co-Terapeuta - Enf ^a Elisa Gariso e Enf ^a Tânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem que aceitem voluntariamente participar na atividade e que estejam: <ul style="list-style-type: none">- Orientados auto e alopsiquicamente;- Que sejam capazes de compreender frases e ordens simples;- Sejam capazes de seguir instruções e de manter a concentração cerca de 3 a 5 min seguidos.
Recursos materiais	Cadeiras. Canetas. Escala de Competências Sociais.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover a percepção de si e do grupo;- Promover a coesão do grupo;- Facilitar as relações interpessoais;- Promover a expressão de sentimentos.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Breve apresentação dos participantes e terapeutas: através da dinâmica de grupo quem é ele, em que são realizados grupos de 2 pessoas e apresentam-se entre eles e posteriormente têm de apresentar o outro elemento ao restante grupo.- Explicação sobre os objectivos do TCS e sobre o esperado dos participantes;- Verbalização das expectativas dos participantes relativamente ao programa;

	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento de uma Escala de diagnóstico; - Discussão acerca da sessão realizada e sobre as expectativas dos doentes.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respectivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>As competências sociais são, segundo Baptista, Monteiro, Silva, Santos & Sousa (2001), a capacidade de obter bons resultados através de interações interpessoais. Estas revelam-se úteis para o tratamento de perturbações psiquiátricas e podem mesmo controlar os sintomas psicóticos, melhorando também as relações interpessoais e consequentemente a qualidade de vida destes utentes. (Lucas, 2013)</p> <p>Townsed (2011), refere que o Treino de Competências Sociais numa das intervenções psicossociais mais usada no tratamento da Esquizofrenia, sendo a disfunção social uma característica típica das pessoas portadoras desta doença.</p> <p>Segundo Caballo (2007), o controlo da medicação na Esquizofrenia não é suficiente para prevenir as recaídas que prevalecem numa frequência de 40%, além de que os Neurolépticos não melhoram as habilidades sociais necessárias na vida em sociedade.</p> <p>Assim, o Treino de Competências Sociais baseado na teoria de aprendizagem social, surge como uma intervenção para ensinar de modo sistemático novas habilidades interpessoais aos indivíduos, constituindo uma estratégia eficaz para rectificar a pouca competência interpessoal dos pacientes com Esquizofrenia (Caballo, 2007).</p> <p>A estratégia principal para re(habilitar) em competências sociais inclui elementos típicos da modelação, ensaio do comportamento, retroalimentação e role-play; também podem ser utilizados: instrução (coaching) e indicar (prompting).</p> <p>Desta forma, o Treino de Competências Sociais tem como principal objectivo treinar o indivíduo a prestar atenção e interpretar os sinais interpessoais que revelam os sentimentos e motivos das outras pessoas e as variáveis ambientais que determinam a adequação de diferentes respostas.</p>
Bibliografia	<p>Baptista, N. J., Monteiro, C. A., Silva, M. O., Santos, F. A. C. P. & Sousa, I. S. S. (2001). <i>Programa de promoção de competências sociais: intervenção em grupo de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico</i>. Acedido em 05 de Março de 2013 em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf</p> <p>Caballo, V. E. (2007). <i>Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos</i>. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos</p> <p>Lucas, C. O. (2013). <i>Intervenções psicossociais no domínio das intervenções psicóticas</i>. Acedido em 05 de Março de 2013 em</p>

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0673.pdf>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Plano da Sessão 2 – Treino de Competências, Treino de observação

Local	Sala de Reuniões Piso 6 Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 28 de Março de 2013
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 14h30
Terapeutas	Terapeuta - Enf ^a Marta Martinho, Co-Terapeuta - Enf ^a Elisa Gariso e Enf ^a Tânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem que aceitem voluntariamente participar na atividade e que estejam: - Orientados auto e alopsiquicamente; - Que sejam capazes de compreender frases e ordens simples; - Sejam capazes de seguir instruções e de manter a concentração cerca de 3 a 5 min seguidos.
Recursos materiais	Computador. CD de música. Bolas. Cadeiras e mesas.
Objetivos	- Instruir o conhecimento sobre sinais sociais; - Treinar o conhecimento sobre sinais sociais; - Promover as relações interpessoais; - Promover desenvolvimento de competências não-verbais; - Compreensão da importância, de saber usar adequadamente, na interação social: ✓ Expressão facial ✓ Contacto visual ✓ Sorriso

Desenvolvimento	<p>Aquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir aos doentes para deambularem pela sala, de forma tranquila e de forma rápida. - Pedir aos doentes que se cumprimentem entre si. - Pedir aos doentes que formem uma roda e que troquem de lugar entre eles demonstrando essa vontade através do olhar. - Pedir aos doentes que formem duplas e entre eles façam várias expressões faciais e que o outro identifique o sentimento presente na expressão facial. <p>Durante a sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar o papel da expressão facial na transmissão de sentimentos. - Mostrar que através do contacto visual é possível informar o outro sobre o seu grau de atenção e interesse. - Realçar o papel do sorriso na facilitação da interação social - <i>Roleplay</i> (utente/administrativo – marcação de consulta) para treino de facilitação de interação social - Dar <i>feedback</i> construtivo e específico.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>As competências sociais são, segundo Baptista, Monteiro, Silva, Santos & Sousa (2001), a capacidade de obter bons resultados através de interações interpessoais. Estas revelam-se úteis para o tratamento de perturbações psiquiátricas e podem mesmo controlar os sintomas psicóticos, melhorando também as relações interpessoais e conseqüentemente a qualidade de vida destes utentes. (Lucas, 2013)</p> <p>Townsend (2011), refere que o Treino de Competências Sociais numa das intervenções psicossociais mais usada no tratamento da Esquizofrenia, sendo a disfunção social uma característica típica das pessoas portadoras desta doença.</p>

	<p>Segundo Caballo (2007), o controlo da medicação na Esquizofrenia não é suficiente para prevenir as recaídas que prevalecem numa frequência de 40%, além de que os Neurolépticos não melhoram as habilidades sociais necessárias na vida em sociedade.</p> <p>Assim, o Treino de Competências Sociais baseado na teoria de aprendizagem social, surge como uma intervenção para ensinar de modo sistemático novas habilidades interpessoais aos indivíduos, constituindo uma estratégia eficaz para rectificar a pouca competência interpessoal dos pacientes com Esquizofrenia (Caballo, 2007).</p> <p>A estratégia principal para re(habilitar) em competências sociais inclui elementos típicos da modelação, ensaio do comportamento, retroalimentação e role-play; também podem ser utilizados: instrução (<i>coaching</i>) e indicar (<i>prompting</i>).</p> <p>Desta forma, o Treino de Competências Sociais tem como principal objectivo treinar o indivíduo a prestar atenção e interpretar os sinais interpessoais que revelam os sentimentos e motivos das outras pessoas e as variáveis ambientais que determinam a adequação de diferentes respostas.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Baptista, N. J., Monteiro, C. A., Silva, M. O., Santos, F. A. C. P. & Sousa, I. S. S. (2001). Programa de promoção de competências sociais: intervenção em grupo de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico. Acedido em 05 de Março de 2013 em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf</p> <p>Caballo, V. E. (2007). Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos</p> <p>Lucas, C. O. (2013). Intervenções psicossociais no domínio das intervenções psicóticas. Acedido em 05 de Março de 2013 em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0673.pdf</p> <p>Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano da Sessão 3 – Treino de Competências Sociais

Local	Sala de Reuniões Piso 6 Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 04 de Abril de 2013
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 14h30
Terapeutas	Terapeuta - Enf ^a Marta Martinho, Co-Terapeuta - Enf ^a Elisa Gariso e Enf ^a Tânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem que aceitem voluntariamente participar na atividade e que estejam: <ul style="list-style-type: none">- Orientados auto e alopsiquicamente;- Que sejam capazes de compreender frases e ordens simples;- Sejam capazes de seguir instruções e de manter a concentração cerca de 3 a 5 min seguidos.
Recursos materiais	Computador. CD de música. Cadeiras e mesas.
Objetivos	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Sensibilização e integração do grupo Sessão: <ul style="list-style-type: none">- Fomentar ideias e temas de conversação- Fomentar a interação entre os participantes do grupo- Aplicar habilidades adquiridas no treino de observação- Promover as relações interpessoais
Desenvolvimento	Aquecimento:

	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar uma música lenta e pedir aos participantes que caminhem pela sala, relaxando as tensões do dia, procurando sentir a emoção que a música transmite, em dado momento parar e “congelar” em uma posição. - Colocar uma música romântica e pedir para que caminhem, deixando-se penetrar pela emoção que a música transmite. Congelar na emoção. - Alterar a música, colocando uma mais agitada e pedir que andem no ritmo da música. - Alterar novamente a música. Solicitar que cada um escolha um par e dance, trocando sucessivamente de par - Colocar uma música para todo o grupo dançar junto. - Comentários: Avaliação da dinâmica. Sentimentos e descobertas. <p>Durante a sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar o papel da expressão facial na transmissão de sentimentos. - Mostrar que através do contacto visual é possível informar o outro sobre o seu grau de atenção e interesse. - Realçar o papel do sorriso na facilitação da interacção social. - <i>Roleplay</i> (chegada a casa e primeira abordagem a familiares) para treino de facilitação de interacção social. - Dar <i>feedback</i> construtivo e específico.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>As competências sociais são, segundo Baptista, Monteiro, Silva, Santos & Sousa (2001), a capacidade de obter bons resultados através de interacções interpessoais. Estas revelam-se úteis para o tratamento de perturbações psiquiátricas e podem mesmo controlar os sintomas psicóticos, melhorando também as relações interpessoais e conseqüentemente a qualidade de vida destes utentes. (Lucas, 2013)</p>

	<p>Townsed (2011), refere que o Treino de Competências Sociais numa das intervenções psicossociais mais usada no tratamento da Esquizofrenia, sendo a disfunção social uma característica típica das pessoas portadoras desta doença.</p> <p>Segundo Caballo (2007), o controlo da medicação na Esquizofrenia não é suficiente para prevenir as recaídas que prevalecem numa frequência de 40%, além de que os Neurolépticos não melhoram as habilidades sociais necessárias na vida em sociedade.</p> <p>Assim, o Treino de Competências Sociais baseado na teoria de aprendizagem social, surge como uma intervenção para ensinar de modo sistemático novas habilidades interpessoais aos indivíduos, constituindo uma estratégia eficaz para rectificar a pouca competência interpessoal dos pacientes com Esquizofrenia (Caballo, 2007).</p> <p>A estratégia principal para re(habilitar) em competências sociais inclui elementos típicos da modelação, ensaio do comportamento, retroalimentação e role-play; também podem ser utilizados: instrução (coaching) e indicar (prompting).</p> <p>Desta forma, o Treino de Competências Sociais tem como principal objectivo treinar o indivíduo a prestar atenção e interpretar os sinais interpessoais que revelam os sentimentos e motivos das outras pessoas e as variáveis ambientais que determinam a adequação de diferentes respostas.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Baptista, N. J., Monteiro, C. A., Silva, M. O., Santos, F. A. C. P. & Sousa, I. S. S. (2001). Programa de promoção de competências sociais: intervenção em grupo de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico. Acedido em 05 de Março de 2013 em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf</p> <p>Caballo, V. E. (2007). Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos</p> <p>Costa, E. P. (2006). <i>Técnicas de Dinâmica: facilitando o trabalho com grupos</i>. (3º edição). Rio de Janeiro: wak editora.</p> <p>Lucas, C. O. (2013). Intervenções psicossociais no domínio das intervenções psicóticas. Acedido em 05 de Março de 2013 em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0673.pdf</p> <p>Townsed, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano da Sessão 3 – Treino de Competências, Treino de observação

Local	Sala de Reuniões Piso 6 Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 11 de Abril de 2013
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 14h30
Terapeutas	Terapeuta - Enf ^a Marta Martinho, Co-Terapeuta - Enf ^a Elisa Gariso e Enf ^a Tânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem que aceitem voluntariamente participar na atividade e que estejam: <ul style="list-style-type: none">- Orientados auto e alopsiquicamente;- Que sejam capazes de compreender frases e ordens simples;- Sejam capazes de seguir instruções e de manter a concentração cerca de 3 a 5 min seguidos.
Recursos materiais	Computador. CD de música. Bolas. Cadeiras e mesas.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer os sinais não-verbais das emoções- Perceber o seu impacto na comunicação- Tornar consciente para cada participante os seus sinais não-verbais.- Alterar os sinais verbais menos apropriados.
Desenvolvimento	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Pedir aos doentes para deambularem pela sala, distribuir simbolicamente uma “coroa” a um elemento que deverá expressar-se livremente e restantes participantes terão de acompanhar com imitação de gestos, expressões e movimentos.

	<ul style="list-style-type: none"> - A “coroa” deverá passar entre os participantes até todos terem experimentado o papel de “rei”. <p>Durante a sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar a expressão das emoções e aprender a “ler” e reconhecer melhor os sinais não-verbais. - Ao usar adequadamente a comunicação não-verbal, tornamo-nos bons ouvintes e bons oradores. - Gestos corporais, contacto visual, postura corporal, orientação corporal, expressão facial e a voz. - <i>Roleplay</i>: manter uma conversação entre dois participantes, sobre um tema à escolha, para treino de facilitação de interacção social. - Dar <i>feedback</i> construtivo e específico.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>As competências sociais são, segundo Baptista, Monteiro, Silva, Santos & Sousa (2001), a capacidade de obter bons resultados através de interações interpessoais. Estas revelam-se úteis para o tratamento de perturbações psiquiátricas e podem mesmo controlar os sintomas psicóticos, melhorando também as relações interpessoais e conseqüentemente a qualidade de vida destes utentes. (Lucas, 2013)</p> <p>Townsend (2011), refere que o Treino de Competências Sociais numa das intervenções psicossociais mais usada no tratamento da Esquizofrenia, sendo a disfunção social uma característica típica das pessoas portadoras desta doença.</p> <p>Segundo Caballo (2007), o controlo da medicação na Esquizofrenia não é suficiente para prevenir as recaídas que prevalecem numa frequência de 40%, além de que os Neurolépticos não melhoram as habilidades sociais necessárias na vida em sociedade.</p> <p>Assim, o Treino de Competências Sociais baseado na teoria de aprendizagem social, surge como uma intervenção para ensinar de modo sistemático novas habilidades interpessoais aos indivíduos, constituindo uma estratégia eficaz para rectificar a pouca competência interpessoal dos pacientes com Esquizofrenia (Caballo, 2007).</p> <p>A estratégia principal para re(habilitar) em competências sociais inclui elementos típicos da modelação, ensaio do comportamento, retroalimentação e role-play; também podem ser utilizados: instrução (<i>coaching</i>) e indicar (<i>prompting</i>).</p>

	<p>Desta forma, o Treino de Competências Sociais tem como principal objectivo treinar o indivíduo a prestar atenção e interpretar os sinais interpessoais que revelam os sentimentos e motivos das outras pessoas e as variáveis ambientais que determinam a adequação de diferentes respostas.</p>
Bibliografia	<p>Baptista, N. J., Monteiro, C. A., Silva, M. O., Santos, F. A. C. P. & Sousa, I. S. S. (2001). Programa de promoção de competências sociais: intervenção em grupo de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico. Acedido em 05 de Março de 2013 em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf</p> <p>Caballo, V. E. (2007). Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos</p> <p>Lucas, C. O. (2013). Intervenções psicossociais no domínio das intervenções psicóticas. Acedido em 05 de Março de 2013 em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0673.pdf</p> <p>Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano da Sessão 5 – Treino de Competências, Treino de observação

Local	Sala de Reuniões Piso 6 Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 18 de Abril de 2013
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 14h30
Terapeutas	Terapeuta - Enf ^a Tânia Felisberto, Co-Terapeuta - Enf ^a Elisa Gariso e Enf ^a Vera Graça
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem, que aceitem voluntariamente participar na atividade e que estejam: <ul style="list-style-type: none">- Orientados auto e alopsiquicamente;- Que sejam capazes de compreender frases e ordens simples;- Sejam capazes de seguir instruções e de manter a concentração cerca de 3 a 5 min seguidos.
Recursos materiais	Cartões com mensagens escritas. Saco. História. Bolas. Cadeiras.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Detectar emoções através das emoções;- Discriminar as características da qualidade da voz;- Treinar a sensibilidade dos participantes à expressão de emoções através da voz.
Desenvolvimento	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Deambular ao som de uma música;

- Dançar ao som da música;
- Passar uma bola aleatoriamente, expressando uma palavra;
- Em pares passar uma bola e expressar um pedido e depois uma ordem.

Durante a sessão:

- Demonstrar o papel do tom e ritmo da voz na expressão de emoções: ser capaz de identificar as diferentes características da voz – timbre, entoação, volume - relacionando-as com diferentes sentimentos, estados de “alma”, constitui, tal como o que se analisou sobre o sorriso e as expressões faciais, uma ferramenta fundamental para que as pessoas sejam competentes em termos sociais e relacionais. É pela voz que revelamos, por exemplo, o nosso respeito pelos outros, o nosso entusiasmo, a nossa timidez. Assim, é de extrema importância que aprendamos a perceber (porque estas coisas também se aprendem!), através da voz, como é que o outro se sente, adaptando assim o nosso comportamento; adquirem-se, deste modo, mais possibilidades de estabelecer e manter relações com as outras pessoas.

- Roleplay “Sentimentos com Voz” - começa-se por explicar aos participantes que uma frase poderá ter vários sentidos, em função da forma como as palavras são pronunciadas e da expressão com que se dizem (por exemplo, como uma ordem, um pedido, uma súplica, etc.). Seguidamente, distribui-se uma folha com as seguintes mensagens: “Levanta-te”; “Ajuda-me”; “Espera um momento”; “Escuta”; “Cala-te”; “Espera”; “Sai daqui”; “Pára”; “Mais depressa”; “Olha”. Pede-se, então, a alguns participantes que, voluntariamente, leiam as mensagens, dando-lhes a forma de ordem, pedido ou súplica. Depois de realizado este exercício, pede-se aos sujeitos que transformem as ordens em pedidos, por exemplo.

- Reforçar a ideia de que existem diferenças no tom de voz e no comportamento entre as situações “dar uma ordem” e “fazer um pedido”.

- Debater com o grupo a importância dos gestos e do tom de voz, e de como estes podem modificar o sentido das palavras, convertendo, por exemplo, um “delicado pedido”, numa “agressiva ordem”.

	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar uma história em suporte de papel, cuja leitura por parágrafo deverá ser realizada tendo por base a escolha de uma personagem – político; contador de histórias; comentador desportivo; padre; jornalista. As personagens deverão ser escolhidas de forma aleatória, retirando os de dentro de um saco, um cartão que revelará a personagem a adoptar; - Dar feedback construtivo e específico.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>As competências sociais são, segundo Baptista, Monteiro, Silva, Santos & Sousa (2001), a capacidade de obter bons resultados através de interações interpessoais. Estas revelam-se úteis para o tratamento de perturbações psiquiátricas e podem mesmo controlar os sintomas psicóticos, melhorando também as relações interpessoais e conseqüentemente a qualidade de vida destes utentes. (Lucas, 2013)</p> <p>Townsed (2011), refere que o Treino de Competências Sociais numa das intervenções psicossociais mais usada no tratamento da Esquizofrenia, sendo a disfunção social uma característica típica das pessoas portadoras desta doença.</p> <p>Segundo Caballo (2007), o controlo da medicação na Esquizofrenia não é suficiente para prevenir as recaídas que prevalecem numa frequência de 40%, além de que os Neurolépticos não melhoram as habilidades sociais necessárias na vida em sociedade.</p> <p>Assim, o Treino de Competências Sociais baseado na teoria de aprendizagem social, surge como uma intervenção para ensinar de modo sistemático novas habilidades interpessoais aos indivíduos, constituindo uma estratégia eficaz para rectificar a pouca competência interpessoal dos pacientes com Esquizofrenia (Caballo, 2007).</p> <p>A estratégia principal para re(habilitar) em competências sociais inclui elementos típicos da modelação, ensaio do comportamento, retroalimentação e role-play; também podem ser utilizados: instrução (coaching) e indicar (prompting).</p> <p>Desta forma, o Treino de Competências Sociais tem como principal objectivo treinar o indivíduo a prestar atenção e interpretar os sinais interpessoais que revelam os sentimentos e motivos das outras pessoas e as variáveis ambientais que determinam a adequação de diferentes respostas.</p>
Bibliografia	<p>Baptista, N. J., Monteiro, C. A., Silva, M. O., Santos, F. A. C. P. & Sousa, I. S. S. (2001). Programa de promoção de competências sociais: intervenção em grupo de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico. Acedido em 05 de Março de 2013 em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf</p>

Caballo, V. E. (2007). Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos

Costa, E. P. (2006). Técnicas de Dinâmica: facilitando o trabalho com grupos. (3º edição). Rio de Janeiro: Wak Editora.

Lucas, C. O. (2013). Intervenções psicossociais no domínio das intervenções psicóticas. Acedido em 05 de Março de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0673.pdf>

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência. (6ª edição). Loures: Lusociência.

ANEXO IX

Plano e Avaliação do Grupo de Atividades Sociodramáticas

Relatório da sessão de Actividade Sociodramática, dia 11.03.2013

A sessão de sociodrama começou com um aquecimento em que foi pedido aos utentes que deambulassem pelo ginásio, posteriormente foi pedido que se cumprimentassem entre si como se fossem na rua e depois com um cumprimento mais íntimo.	
S.	Cumprimentou com um aperto de mão e dizia “bom dia”, adotando uma postura retraída e mais formal.
A.	Cumprimentava os outros com um beijo, um abraço e verbalizavam o seu nome, com uma postura descontraída.
C.	Teve a iniciativa de cumprimentar os outros com um beijo, um abraço e verbalizavam o seu nome.
L.	Teve a iniciativa de cumprimentar os outros com um beijo, um abraço e verbalizavam o seu nome.
R.	Cumprimentava com um beijo e dizia o seu nome, no entanto com uma postura por vezes retraída.
Todos tiveram facilidade em compreender as indicações que lhe eram dadas e cumpriam-nas. Todos os doentes conseguiram estabelecer contato visual e contato físico entre si.	
Foi-lhes pedido que se dividissem por áreas de residência: Cidade de Tomar; periferia de Tomar e outros concelhos e que dramatizassem o motivo que os levou a escolherem o local onde moram. Grupo cidade de Tomar: D. L. e Ego auxiliar; Periferia de Tomar: D. S. e D. A.; Outros concelhos; D. C. e Sr. R.	
Sr. R. D. C.	Tiveram dificuldade em escolher uma dramatização, no entanto a que fizeram foi facilmente perceptível pelos restantes elementos do grupo. Conseguiram facilmente interagir entre eles e aprofundar conhecimentos sobre as suas vidas pessoais. O tema escolhido pelos dois foi a Família. Para a D. C. foi o casamento, havendo uma boa dinâmica familiar. Para o Sr. R. foi porque mora com os pais e existe um bom relacionamento entre os elementos da família.
D. S. D. A.	Escolheram facilmente a dramatização mas os restantes elementos do grupo tiveram dificuldade em perceber havendo necessidade de recorrer a explicação. Não conseguiram estabelecer diálogo entre as duas aprofundando poucos conhecimentos entre elas. O tema escolhido pelos dois foi a Família. A D. A. que o motivo da escolha foi o rancho folclórico daquela terra, apesar de estar inerente um facto traumatizante para a doente que foi a morte da sua irmã. A doente explicou que associa a morte da irmã ao rancho porque esta chegou de uma atuação vinha com muito frio e foi aquecer-se ao lume e o traje do rancho começou a arder levando à morte da irmã. Associado a este facto a mãe não conseguiu socorrer a sua irmã porque estava em fase terminal de uma doença oncologia. A descrição que a doente deu deste episódio foi vivida e pormenorizada (“ficou com pele toda cravadinha de

	<p>grãozinhos de areia”), traduzindo-se no momento muito intenso para doente, revelando esta necessidade de falar nesse assunto. No entanto a doente continua a perceber o rancho como uma coisa boa para si.</p> <p>A D. S. foi para regressar ao campo, apesar da doente referir que foi uma situação imposta e que não lhe agrada havendo má dinâmica familiar com diversos conflitos entre os seus elementos. Referiu dificuldade em falar neste assunto, referindo também problemas com o pai devido a dificuldades económicas. Demonstrou sinais de ansiedade moderada como bruxismo e acatisia.</p>
D. L. Ego auxiliar	<p>Tiveram facilidade em escolher a dramatização e foram facilmente entendidas pelos restantes elementos do grupo. Conseguiram aprofundar conhecimentos entre si. O tema escolhido pelos dois foi a Família.</p> <p>Para a D. L. foi o casamento, verbalizando uma boa dinâmica familiar.</p>
<p>Para tentarmos ajudar a D. S. realizamos com ela a dinâmica átomo social, de forma a percebermos a forma como a S. vê a sua própria família. Como pai escolheu o Sr. R., como filho a D. A., como mãe a D. L. e como S. o Ego auxiliar. A D. C. ficou a observar a dinâmica de fora. Foi pedido à S. que mudasse as personagens da forma como ela gostaria de ver a sua família.</p>	
R. (enquanto pai)	<p>Sentia uma grande “tristeza” em estar de costas voltadas para a sua filha, notava falta de comunicação. Após a mudança da D. S. referiu sentir-se “melhor” e mais “à-vontade”.</p>
D. L. (enquanto mãe)	<p>Sentiu uma grande “tristeza” e uma grande “dor”, que queria estar de “bem” com a sua filha. Após a mudança da D. S. sentiu uma grande “felicidade” por abraçar a filha e um grande “amor”.</p>
D. A. (enquanto filho)	<p>Sentiu uma grande “angústia”, “tristeza” e “separação” entre a família. Após a mudança referiu sentir “amor” e que gostou de ser abraçada.</p>
D. C. (vendo de fora a família)	<p>Referiu que se via uma grande “separação” entre os seus elementos, falta de comunicação por estarem de costas voltadas. Após a alteração da D. S. referiu haver uma maior “harmonia”, que era necessário os elementos da família darem um passo para de se entenderem.</p>
Ego auxiliar (enquanto S.)	<p>Referiu a necessidade de dar o primeiro passo para tentar pertencer aquela família, mas que quando o deu foi bem recebido e “abraçado”.</p>
<p>No fim da sessão a D. S. referiu perceber o que também precisa de “procurar” mais a sua família, não se isolar tanto quando está em casa. Referiu sentir-se menos ansiosa, agradecendo a dinâmica realizada, demonstrando vontade em participar nas sessões seguintes.</p>	

Avaliação de sessão de Actividade Sociodramática, dia 21.03.2013

A sessão iniciou com um aquecimento sociodemográfico, após o qual se solicitou para utentes falarem da sua doença.	
S.	Foi a primeira a falar da sua situação, não concorda com o seu diagnóstico , pois pensa que a maioria das percepções que teve são verdadeiras.
R.	Foi o segundo utente a apresentar-se a si e a sua doença, que confirma ter.
L.	O utente falou essencialmente dos sintomas negativos da doença, principalmente da necessidade de se isolar e a dificuldade em comunicar.
A.	O utente, após ser convidado a participar, referiu não sentir que tem doença , não se lembra de acontecimentos que levavam ao seu internamento, sempre se lembra de ser uma pessoa activa desde criança. E participa na agricultura, sendo activo na maior parte do tempo.
F.	Foi o mais reservado não se estendendo muito na descrição da sua situação, mas referiu que não tem nenhuma doença
Após a breve apresentação, foi sugerido que os utentes se dividissem em dois grupos, o grupo que confirmava a doença e o que achava não ter doença. O Primeiro grupo (confirmaram doença) foi constituído pelo R. e L. e o segundo (não confirmam a doença) pela S., F. e A. De seguida, foi proposta a elaboração de uma estátua, por parte dos elementos dos dois grupos em que representariam a doença e a não doença.	
R.	Foi o primeiro a representar a sua doença, mostrou uma estátua cabisbaixa, sentada com pernas e braços cruzados, cabeça entre as pernas. Quando sugerido que utilizasse o ego auxiliar para representar o que desejaria mudar, apresentou uma personagem que deambulou com cabeça erguida e fluidez de movimentos. Sugerido que dramatizasse ele próprio a situação desejável, que sortiu efeito positivo no seu humor, e em solilóquio Relatou que tinha sido um despertar e se sentia muito bem com a mudança de postura.
L.	Representou a seguir ao R., mostrando a sua estátua representando a doença, deitado. Quando sugerido que utilizasse o ego auxiliar para representar uma situação desejável relativamente à que apresentou, escolheu a dramatização de uma comunicação eficaz com outrem. Ao tentar dramatizar a situação, demonstrou uma postura retraída e uma actuação mecanizada que melhorou à repetição. Em solilóquio, referiu que sentiu melhor quando dramatizou a comunicação de uma forma mais eficaz.
A.	A estátua que representou a sua ausência de doença com os braços cruzados, referindo que demonstrava a sua espera por melhor tempo para actividade de semear batatas. Quando solicitado que representasse a sua actividade na sementeira, orientando restantes colegas no cultivo da batata, interagiu

	bem, mostrando bom sentido de orientação na actividade.
S.	Representou a sua estátua com os braços à cintura, referiu que está à espera que houvesse trabalho para fazer. Na interpretação em conjunto com o utente A. e F., na actividade de dramatização de cultivo das batatas, inicialmente mais retraída mas posteriormente interagiu bem com restantes colegas, interpretando o seu papel.
F.	O utente utilizou uma postura de estátua muito erecto e com mãos atrás das costas, referindo que era assim que via a ausência de doença e era a sua postura habitual. Na representação da actividade da colheita de batatas, representada com os colegas, demonstrou sempre postura retraída e inicialmente mostrou estar pouco à vontade.
Esta última representação, interpretada pelo grupo que alegou não ter doença, mas com a participação de restantes elementos a representar os sons da natureza, revelou ter um sucesso na evolução da interpretação de todos os utentes. Todos os utentes desempenharam o seu papel com alguma inibição inicial mas que evoluiu para um nível superior de participação. Após esta actividade, houve espaço para os comentários finais.	
S.	Utente demonstrou ter-se sentido bem na interpretação dos papéis, afirmou que na dramatização experienciou a sensação de estar na actividade como se fosse real. Sugeriu ao utente R. que pensasse menos negativo para ultrapassar a situação de doença. Embora ainda não tivesse crítica em relação à sua doença, confirmou que tem sintomas semelhantes aos observados na dramatização nos colegas que confirmaram ter doença.
R.	O utente verbalizou ter sido útil verificar os comportamentos negativos e uma nova forma de estar. Também demonstrou ter-se sentido bem.
L.	O utente, embora mais retraído mostrou ter verificado na interpretação o seu problema, tomando consciência de outra forma de estar.
A.	O utente demonstrou ter-se sentido muito bem durante a dramatização. Referiu ser em actividade que se sente melhor. Ainda que com sugestão tomou consciência que no passado já teve comportamentos que verificou nas estátuas interpretadas pelos colegas que confirmaram ter a doença.
F.	O utente mostrou alguma renitência em comunicar o que sentiu, mas confirmou que se sentiu bem, no entanto à argumentação sobre a doença afirmou que mesmo se identificasse com os utentes que dramatizaram a doença, identifica esses sintomas como factores da sua personalidade e não da doença.
Terminou a sessão confirmando-se que a actividade, estando ocupado, contribui para o bem-estar geral. E verificou-se a presença de alguns sintomas sugestivos de doença em todos os doentes, embora nem todos admitissem a doença.	

Avaliação de sessão de intervenção sociodramática – 28.03.2013

<p>A intervenção sociodramática começou com o aquecimento em que se pediu aos doentes em que foi pedido aos utentes que deambulassem pelo ginásio, primeiro tranquilamente e depois rapidamente. Após o aquecimento solicitou-se aos utentes que falassem dos seus medos/receios e que lhe atribuíssem uma cor.</p>	
A.	<p>Foi a primeira a falar, referindo que o seu maior medo era perder o seu marido uma vez que ele a sua “tábua de salvação”. O seu marido vai realizar uma cirurgia à anca porque teve um acidente à 10 anos que lhe “perfurou os intestinos e lhe partiu a bacia”. Também é uma grande ajuda para o seu filho. Atribuiu a cor preta ao seu medo.</p>
S.	<p>Referiu que o seu medo é perder os seus pais porque eles estão idosos e são o seu suporte e do seu filho. Também referiu que tem muito medo que o seu filho não goste dela e que no futuro não tenham uma relação. Atribuiu a cor vermelha ao seu medo.</p>
R.	<p>Referiu que tinha medo de multidões, sentia claustrofobia no meio de muita gente. Descreveu uma situação problemática para elucidar o grupo do seu medo: o seu pai pediu-lhe para ir a uma feira e ao sair de casa começou a sentir pânico e pressão, mas apesar de tudo conseguiu ir. Verbalizou ainda que o seu medo se tinha agravado depois de ter sido agredido na rua sem saber porquê. Atribuiu a cor cinzento ao seu medo.</p>
RR	<p>Referiu que tem medo de multidões, que sentia mal no meio de muita gente, que “não consegui olhar em frente” e que quando se encontrava nesta situação só lhe apetecia “fugir”. Não atribuiu cor ao seu medo.</p>
F.	<p>Referiu que o seu medo era perder os seus pais, uma vez que eles estão a ficar mais velhos e é com eles que ele mora. Não atribuiu cor ao seu medo.</p>
A.	<p>Referiu que o seu medo era não lhe renovarem a carta de condução de pesados e que isso o impossibilitasse de continuar a sua atividade laboral. Foi muito sucinto na descrição do seu medo. Não atribuiu cor ao seu medo.</p>
SS	<p>Referiu vergonha em falar mas depois verbalizou que tinha medo de não conseguir ter emprego devido aos seus problemas de visão. Atribuiu a cor preta ao seu medo. Apresentou uma postura retraída.</p>
<p>Após terem falado dos seus medos e exporem as situações e sentimentos foi sugerido que se dividissem em três grupos, o grupo 1 sentiam medo de perder a família (S., A. e F.), o grupo 2 sentiam medo de perder/não ter atividade laboral (A. e SS) e o grupo 3 tinham medo de multidões (R. e RR).</p> <p>De seguida foi proposto que criassem uma dramatização das situações que lhes provocassem medo. Iniciamos com o grupo 2.</p>	
R.	<p>Colocou-se no centro do palco, colocou-se de joelhos e tapou os ouvidos com as mãos e com muitas pessoas a andarem em volta dele, referindo ser assim que se sentia. Os restantes elementos do grupo começaram a deambular em torno do doente. Foi questionado sobre o que sentia e o doente referiu que não se sentia mal porque estava “familiarizado” com aquelas pessoas. Posteriormente foi feita uma roda em torno do doente e colocadas</p>

	as mãos em cima da sua cabeça. Foi pedido ao doente que tentasse sair, havendo mais pressão sobre a sua cabeça. Após algumas tentativas o doente conseguiu.
Após a dramatização foi pedido aos utentes que partilhassem os seus sentimentos em relação ao que vivenciaram.	
R.	Referiu que percebeu que se enfrentarmos os nossos medos podemos ultrapassá-los
A.	Referiu que chegou uma altura em que a força do R. era tanta que sentiu necessidade de o deixar sair.
Posteriormente realizamos a dramatização para o RR. Pedimos para ele simular uma situação em que sentisse medo.	
RR	<p>O utente colocou-se no centro do palco de cabeça para baixo e os elementos do grupo deambularam de forma aleatória em redor do utente. Questionado sobre o que sentia, referiu “desconforto”. O diretor indicou ao utente que mantivesse contacto visual com os outros utentes, referindo que “se sentia mal”, apresentando um fâcies assustado e uma postura tensa.</p> <p>Posteriormente foi pedido ao RR que cumprimentasse as pessoas, verbalizando “sentir-se melhor”, mas que muitas vezes o problema também é conseguir cumprimentá-las, porque às vezes os outros passam por ele e não dizem nada, fazendo sentir-se “incomodado”. O diretor pediu ao RR que cumprimentasse, novamente, os outros utentes que passavam por ele mantendo o contacto ocular mas que desta vez se dirigisse aos outros e verbalizasse um cumprimento. O diretor indicou aos outros utentes que uns o cumprimentavam e outros não.</p>
Após a dramatização foi pedido aos utentes que expressassem os seus sentimentos em relação ao que vivenciaram.	
RR	Referiu sentir-se mais “tranquilo” quando conseguiu cumprimentar os outros e que já não o incomodava tanto os outros que não o tinham cumprimentado. Verbalizou ainda que se sentiu mais a vontade para conseguir enfrentar as pessoas e assim permanecer nas situações sem fugir delas.
A.	Referiu que como tinha pertencido ao grupo dos utentes que não cumprimentavam o RR, para ele tinha sido difícil desempenhar essa tarefa porque como o utente se dirigia a ele sentia a vontade de o cumprimentar.
F.	Referiu que sentiu que o RR passou por duas etapas, quando estava mais “triste” e outra em que estava mais “alegre” após ter começado a cumprimentar os outros.
S.	Verbalizou que também sentiu que houve duas fases, uma em que o RR estava mais “Triste” e outra em que ele estava mais “alegre”.
A.	Referiu que no início o utente estava mais “tenso” mas que depois foi ficando melhor e que gostou de cumprimentar o RR.
Ego auxiliar	Referir que também considerou que o utente passou por duas fases. Primeiro sentiu a “angústia” do utente mas que esse sentimento foi desaparecendo à medida que ele começou a sorrir ficando “mais descontraído”. Na segunda fase, sentiu grande dificuldade em não cumprimentar o RR porque este começou a personalizar o cumprimento e a dirigir-se às pessoas para o fazer, tornando difícil

	virar-lhe a cara.
--	-------------------

Avaliação de sessão de Intervenção Sociodramática, dia 04.04.2013

<p>A sessão na qual participaram 8 utentes, iniciou com um aquecimento em que foi solicitado que utentes deambulassem pela sala ao som de uma música e foi induzida técnica de imagética para idealizar a interpretação de um cenário.</p> <p>Após essa actividade seguiu-se uma análise de autoconhecimento com expressão de qualidades e defeitos de cada utente ao passarem uma bola</p>	
S.	<p>Pouco expansiva na dinâmica de aquecimento, com períodos de distração.</p> <p>Passou a bola com contacto visual, expressou qualidades e defeitos sem grande dificuldade.</p>
R.	<p>Postura retraída, passou a bola com contacto visual.</p> <p>Alguma dificuldade em expressar as suas qualidades a meio da actividade.</p>
AA	<p>O utente expressou-se bem, manteve sempre contacto visual entre os colegas, executou tarefas do aquecimento sem dificuldades. Verbalizou ter usufruído muito da actividade de imagética.</p>
A.	<p>Verbalizou ter tido dificuldade na actividade de expressão de situação com recurso a técnica de imagética. Sem dificuldades na expressão de qualidades e defeitos.</p>
F.	<p>Utente retraído, pouco expressivo com muita dificuldade em analisar os seus defeitos e virtudes, mas principalmente os defeitos.</p>
C.	<p>Executou bem as actividades. Mas exprimiu ter tido alguma dificuldade em interpretar a situação da técnica de imagética.</p>
RR	<p>Alguma dificuldade em executar movimentos mais expansivos. Menos dificuldade na expressão de defeitos e qualidades.</p>
L.	<p>Muito retraído, segue muito os restantes utentes, na expressão de qualidades e defeitos pessoais não mostrou grande dificuldade, embora pobres na variedade.</p>
SS	<p>Dificuldade na troca de bola, com provável causa de acuidade visual diminuída. Expressão de qualidades e defeitos mais retraída e pouco variada.</p>
<p>Dramatização da causa dos medos do R, relacionada com ter sido agredido em Lisboa quando deambulava numa rua paralela a um jardim, por dois indivíduos.</p>	
R.	<p>Relatou a sua história pessoal com poucos pormenores, postura retraída, sob estimulação intensiva da directora da actividade. Observou a cena com traços sugestivos de nervosismo.</p>
L.	<p>Foi convidado a participar na dramatização de um dos agressores do R., dificuldade em dizer não, mas ao comando de dramatizar não conseguiu executar o papel alegando não ser capaz.</p>
A.	<p>Foi convidado a interpretar o outro agressor do R., interpretou bem esse papel, revelou ter sentido a agressividade no momento da dramatização.</p>
AA	<p>Dramatizou parte do jardim.</p>

S.	Dramatizou parte do jardim.
F.	Dramatizou parte do jardim.
C.	Dramatizou parte do jardim.
RR	Dramatizou parte do jardim.
Após a dramatização foi sugerido ao Rui que usasse os objectos disponíveis para realizar um “funeral”, em que “enterrasse” os seus medos, os seus agressores e tudo o que estava associado à situação do passado.	
R.	Utente utilizou uma caixa para representar o caixão, escolheu uma bola para representar um dos seus agressores e um lenço para o outro agressor. Colocou tudo na caixa de uma forma passiva, e decidiu colocar a caixa simbolicamente com o seu drama no lixo. Fê-lo de uma forma calma. Quando questionado se queria que restantes participantes levassem flores para o funeral, houve um momento longo de silêncio em que o . demonstrou um fáceis sugestivo de emoção, após esse silêncio decidiu que sim.
Após esta actividade, houve espaço para os comentários finais.	
R.	O utente referiu ter sido uma sessão intensa, que serviu para arrumar as ideias e deixar ali o seu problema. Refere ainda, que sente ter-se livrado do medo.
L.	Compreendeu a atitude do R. e mostrou ter também uma personalidade passiva.
A.	O utente demonstrou achar estranho o facto de o R. não demonstrar atitude de raiva e frustração quando “enterrou os seus agressores”. Refere que teria uma atitude muito mais agressiva.
F.	O utente menos comunicativo, refere apenas que também teria uma atitude diferente com agressores.
S.	Atitude compreensiva face ao colega.
SS	Demonstrou uma atitude compreensiva face à maneira como R. “enterrou” o seu medo, mas teria uma atitude mais activa se fosse com ela.
RR	Utente refere que teria uma atitude menos passiva no caso de ter de “enterrar” o seu medo.
C.	Utente compreende atitude do R., também agiria de uma forma diferente se fosse o caso dela.
AA	Utente refere que apesar da violência de que R. foi vítima, teria uma atitude idêntica se tivesse que “enterrar” quem lhe fez mal.
Terminou a sessão com a actividade “chuva de estrelas”, com o objectivo fechar um ciclo e deixar sentimentos menos positivos que possam ter surgido depois da sessão.	
F.	Escolheu a palavra desconforto para descrever a actividade, com possível explicação de não ter fechado os olhos durante a mesma.
SS	Escolheu a palavra desconforto para descrever a actividade, com possível explicação de não ter fechado os olhos durante a mesma.
S.	Escolheu a palavra conforto para descrever a actividade.
A.	Escolheu a palavra bem-estar para descrever a actividade.

L.	Escolheu a palavra conforto para descrever a actividade.
R.	Escolheu a palavra tranquilidade para descrever a actividade.
C.	Escolheu a palavra conforto para descrever a actividade.
RR	Escolheu a palavra serenidade para descrever a actividade.
AA	Escolheu a palavra tranquilidade para descrever a actividade.

Avaliação da sessão de Intervenções Sociodramáticas, dia 11.04.2013

<p>Na actividade participaram 7 utentes. Em aquecimento foi pedido aos utentes que fossem passando a bola uns aos outros. Introduziu-se à dinâmica de passar a bola, dizer uma palavra que caracterizasse o que se mais gosta. Foi mudado o objectivo para um som, sempre que se passava a bola, repetindo previamente o som do que passou. Finalizou-se o aquecimento com a dinâmica de retirar lenço de utente portador do mesmo, sem o apoio das mãos.</p>	
A.	Realizou aquecimento sem dificuldade.
F.	No aquecimento passou a bola, alguma dificuldade em passar a bola com uma palavra que caracterizasse o que gosta. Dificuldade em exprimir um som estridente. Quando foi portador do lenço, lutou por não deixarem que o apanhassem e segurou-o quando o tentavam retirar.
J.	Algum retraimento na dinâmica de aquecimento.
SS	Alguma dificuldade em apanhar a bola, com provável causalidade no seu défice de visão, no entanto exprimiu-se bem ao longo da mesma.
RR	Realizou o aquecimento sem dificuldades.
R.	Movimentou-se ao longo do aquecimento com alguma lentidão, no entanto foi executando as tarefas sem mais dificuldades.
P.	Realizou o aquecimento sem dificuldade.
<p>Dramatização: escolha de uma pessoa significativa na vida. Escolher objecto que a identifique, partilhar informações da personagem escolhida com outro utente, e dramatizar.</p> <p>Partilha de experiências/ emoções acerca da pessoa significativa.</p>	
A.	Pessoa significativa é a mãe que caracteriza como uma pessoa de força e lhe ensinou tudo na vida da casa e gostava de ser tão bom cozinheiro quanto ela o é.
F.	Identificou a mãe como pessoa significativa, pouco comunicativo não expressou o porquê de ser a pessoa mais significativa para ele. Expressou falta de comunicação com a mãe, diz que nunca disse à mãe que é importante para ele e considera que não é necessário.
J.	Pessoa significativa uma tia-avó, que apesar de ser uma pessoa de referência tem estado afastado dela. Demonstrou alguma tristeza por não ter oportunidade de ir ao pé dela. Em dramatização pediu desculpa à tia-avó por não ir ter com ela mais vezes, referiu que os amigos e alguma coisa o impediam sempre que pensava ir a casa dela, deu-lhe dois beijos. Quando solicitado que falasse da experiência de dramatização, refere que foi importante referir à tia-avó que sente falta dela, demonstrou não gostar que a mãe o acompanhe nas visitas à tia-avó.
SS	A pessoa que identificou como significativa foi o avô, que já faleceu. Sentiu mágoa não ter tido oportunidade de ir ao funeral dele. Na dramatização do funeral, escolheu a mãe e o irmão para estarem com ela. Decidiu deixar simbolicamente flores no funeral e emocionou-se. Quando foi solicitado que falasse da experiência referiu que foi o preenchimento de um vazio.
RR	Identificou o tio como pessoa significativa, a característica mais importante no tio foi a afectividade.
R.	Identificou a mãe como pessoa significativa, expressa-lhe amor e gratidão. Refere que vai muitas vezes junto da mãe para lhe mostrar afecto.

Avaliação da sessão de Intervenções Sociodramáticas, dia 11.04.2013

P.	Identificou a mãe como pessoa significativa, justifica como sendo uma pessoa de força que admira.
Encerramento com dinâmica “chuva de estrelas”.	
A.	Após dinâmica caracteriza dinâmica na palavra harmonia.
F.	Recusou fazer a dinâmica.
J.	Após dinâmica caracteriza dinâmica na palavra protecção.
SS	Após dinâmica caracteriza dinâmica na palavra também a harmonia.
RR	Após dinâmica caracteriza dinâmica numa sensação boa.
R.	Após dinâmica caracteriza dinâmica na palavra protecção.
P.	Após dinâmica caracteriza dinâmica na palavra segurança.

Plano de Sessão – Actividade Sociodramática

Local	Ginásio do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Inicia a 11 de Março de 2013 e executa-se ao longo do estágio
Duração	Cerca de 40 a 60 min., início previsto às 11h
Terapeutas	Diretora: Enfª Marta Martinho, Egos auxiliares: Enfª Elisa Gariso e EnfªTânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem que aceitem voluntariamente participar na atividade;
Recursos materiais	Computador e CD com música; Colunas; Caixa com vários objetos a serem utilizados na sessão; Papel, canetas, marcadores e lápis de cor.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover a coesão do grupo;- Promover a perceção de si e do grupo;- Favorecer a criatividade;- Facilitar as relações interpessoais;- Promover a expressão de sentimentos.
Desenvolvimento	Para realização do aquecimento foi pedido aos utentes: <ul style="list-style-type: none">- Que deambulassem pela sala;- Que se cumprimentassem entre si olhando nos olhos;- Que fizessem um cumprimento mais íntimo; De forma a promover o conhecimento dos elementos do grupo pede-se:

	<ul style="list-style-type: none"> - Que se coloquem por ordem crescente de idades em fila; - Que se agrupem por área de residência (cidade de Tomar; periferia de Tomar e outros concelhos); - Que através de uma dramatização expliquem ao grupo o motivo da sua escolha de residência. - Realizar avaliação das dificuldades e problemas sentidos. - Verbalização de problemas familiares. Realizar a dinâmica átomo social de forma a explorar a dinâmica familiar. - Realizar avaliação desta dinâmica com todos os elementos do grupo de forma a expressarem o que sentiram assumindo cada papel familiar. <p>Encerramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ritual de encerramento: todos reunidos, mãos ao centro e é dito “ Tudo o que é aqui dito fica aqui dentro”.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>O presente grupo selecionado para realizar esta técnica, é heterogéneo, aberto e encontra-se na fase I de desenvolvimento – fase inicial ou de orientação. Nesta fase o diretor e o grupo trabalham juntos para estabelecer as regras que vão reger o grupo, sendo estabelecidos os seus objetivos. Os membros são apresentados uns aos outros (Townsend, 2011).</p> <p>Para Moreno a interação espontânea num grupo, com dramatização, poderia ajudar a modificar determinados comportamentos. Foi com esta descoberta que o teatro da espontaneidade de Moreno passou a ser o teatro terapêutico. Este processo designa-se de catarse de integração, ou seja no decurso da psicoterapia, o individuo adquire diversos e diferentes níveis de conhecimentos e perceções, que lhe possibilitam uma perceção global de si mesmo e dos que o rodeiam (Leal, 2005).</p> <p>O sociodrama poderá ser utilizado em qualquer fase do grupo. Sendo o nosso grupo do tipo I poderá ser utilizado um jogo para a apresentação dos elementos do grupo e promover um ambiente de confiança.</p> <p>O apelo à criatividade e espontaneidade são conceitos relevantes para o sociodrama, uma vez que de acordo com Moreno através do exercício da espontaneidade, livre de coações sociais ou de previsões meditativas podemos encontrar vias alternativas de resolução de problemas que não são alcançadas através do raciocínio (Abreu, 2006).</p>

Apesar de existirem algumas similaridades entre o Psicodrama e o Sociodrama, existe também características próprias de cada método. Sousa (2012) refere que Moreno define cinco instrumentos comuns ao Psicodrama e Sociodrama: o palco, o protagonista, o director, os ego-auxiliares e a plateia. No palco, que é um espaço vivencial que é flexível e multidimensional ao máximo, o protagonista pode encontrar a liberdade para exprimir-se e experimentar. O protagonista é solicitado a ser ele mesmo, a retratar o seu próprio mundo privado e depois de aquecido e envolvido, pode de forma espontânea e através de algumas técnicas ser convidado a ser e agir no palco de forma verdadeira, como na vida real, ou ainda mais. O terceiro instrumento é o director que age directamente sobre o nível de espontaneidade do sujeito e tem de estar alerta para converter toda e qualquer pista que o sujeito ofereça em acção dramática, para conjugar a linha de produção com a linha vital do sujeito e nunca deixar que a produção perca contacto com o público. Os ego-auxiliares são extensões do director, explanatórias e terapêuticas, mas também são extensões do paciente, retratando as personagens reais ou imaginadas do seu drama vital. E por último, o quinto instrumento é o público que pode ter a função de ajudar o protagonista, ou tornar-se ele próprio paciente quando é ajudado pelo protagonista em palco. Quanto mais isolado estiver o paciente, por exemplo, porque o seu drama no palco é formado por delírios e alucinações, mais importante se torna para ele a presença de um público disposto a aceitá-lo e compreendê-lo. Quando o público é ajudado pelo sujeito, assim se tornando o próprio sujeito, a situação inverte-se. O público vê-se a si mesmo.

Especificando o Sociodrama, surge com a função de permitir ao grupo abordar e trabalhar o conflito que impede o seu crescimento, de forma a alcançar a sua resolução. Esta metodologia é considerada, para Sousa (2012), ideal para o ensino de temas que produzam respostas emocionais e sociais altas, sobretudo quando são difíceis de abordar ou discutir abertamente, como aqueles que são objecto do presente trabalho: a Doença Mental Grave.

Assim, em vez de se limitarem apenas a discutir verbalmente estas questões, o método permite que as pessoas com experiência de Doença Mental Grave se levantem das suas cadeiras e explorem através da espontaneidade e da acção os temas do seu interesse comum. De facto, o Sociodrama permite de forma exímia a exploração e resolução dos seus problemas intra ou intergrupais com ênfase sobretudo nos seus papéis sociais (*Idem*).

Bibliografia

Abreu, J. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi Editores; Colecção Metamorfoses.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. (2ª edição). Lisboa: Fim de século – Edições Sociedade Unipessoal, Lda.

Sousa, S. (2012). *Auto-Estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um Programa de Intervenção com Recurso ao Sociodrama e ao E-Learning*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Plano de Sessão – Intervenções Sociodramáticas

Local	Ginásio do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Decorre a 21 de Março de 2013
Duração	Cerca de 40 a 60 min., início previsto às 11h
Terapeutas	Diretora: Enfª Marta Martinho, Egos auxiliares: Enfª Elisa Gariso e EnfªTânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem que aceitem voluntariamente participar na atividade;
Recursos materiais	Computador e CD com música; Colunas; Caixa com vários objetos a serem utilizados na sessão; Papel, canetas, marcadores e lápis de cor.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover a coesão do grupo;- Promover a perceção de si e do grupo;- Favorecer a criatividade;- Facilitar as relações interpessoais;- Promover a expressão de sentimentos.
Desenvolvimento	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Sociodemográfico;- Pedir que os utentes falassem da sua doença ou porque eram seguidos em ambulatório. Dramatização:

	<ul style="list-style-type: none"> - Representação em estátua da presença ou ausência da doença. - Representação da situação ideal com recurso ao ego-auxiliar (espelho), posterior roleplay dessa mesma situação. - Durante a representação solicita-se um solilóquio por parte do utente que está em autoconhecimento. - Realizar avaliação da dinâmica com todos os elementos do grupo de forma a expressarem o que sentiram assumindo cada papel. <p>Encerramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ritual de encerramento: todos reunidos, mãos ao centro e é dito “ Tudo o que é aqui dito fica aqui dentro”.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>O presente grupo selecionado para realizar esta técnica, é heterogéneo, aberto e encontra-se na fase I de desenvolvimento – fase inicial ou de orientação. Nesta fase o diretor e o grupo trabalham juntos para estabelecer as regras que vão reger o grupo, sendo estabelecidos os seus objetivos. Os membros são apresentados uns aos outros (Townsend, 2011).</p> <p>Para Moreno a interação espontânea num grupo, com dramatização, poderia ajudar a modificar determinados comportamentos. Foi com esta descoberta que o teatro da espontaneidade de Moreno passou a ser o teatro terapêutico. Este processo designa-se de catarse de integração, ou seja no decurso da psicoterapia, o individuo adquire diversos e diferentes níveis de conhecimentos e perceções, que lhe possibilitam uma perceção global de si mesmo e dos que o rodeiam (Leal, 2005).</p> <p>O sociodrama poderá ser utilizado em qualquer fase do grupo. Sendo o nosso grupo do tipo I poderá ser utilizado um jogo para a apresentação dos elementos do grupo e promover um ambiente de confiança.</p> <p>O apelo à criatividade e espontaneidade são conceitos relevantes para o sociodrama, uma vez que de acordo com Moreno através do exercício da espontaneidade, livre de coações sociais ou de previsões meditativas podemos encontrar vias alternativas de resolução de problemas que não são alcançadas através do raciocínio (Abreu, 2006).</p>

Apesar de existirem algumas similaridades entre o Psicodrama e o Sociodrama, existe também características próprias de cada método. Sousa (2012) refere que Moreno define cinco instrumentos comuns ao Psicodrama e Sociodrama: o palco, o protagonista, o director, os ego-auxiliares e a plateia. No palco, que é um espaço vivencial que é flexível e multidimensional ao máximo, o protagonista pode encontrar a liberdade para exprimir-se e experimentar. O protagonista é solicitado a ser ele mesmo, a retratar o seu próprio mundo privado e depois de aquecido e envolvido, pode de forma espontânea e através de algumas técnicas ser convidado a ser e agir no palco de forma verdadeira, como na vida real, ou ainda mais. O terceiro instrumento é o director que age directamente sobre o nível de espontaneidade do sujeito e tem de estar alerta para converter toda e qualquer pista que o sujeito ofereça em acção dramática, para conjugar a linha de produção com a linha vital do sujeito e nunca deixar que a produção perca contacto com o público. Os ego-auxiliares são extensões do director, explanatórias e terapêuticas, mas também são extensões do paciente, retratando as personagens reais ou imaginadas do seu drama vital. E por último, o quinto instrumento é o público que pode ter a função de ajudar o protagonista, ou tornar-se ele próprio paciente quando é ajudado pelo protagonista em palco. Quanto mais isolado estiver o paciente, por exemplo, porque o seu drama no palco é formado por delírios e alucinações, mais importante se torna para ele a presença de um público disposto a aceitá-lo e compreendê-lo. Quando o público é ajudado pelo sujeito, assim se tornando o próprio sujeito, a situação inverte-se. O público vê-se a si mesmo.

Especificando o Sociodrama, surge com a função de permitir ao grupo abordar e trabalhar o conflito que impede o seu crescimento, de forma a alcançar a sua resolução. Esta metodologia é considerada, para Sousa (2012), ideal para o ensino de temas que produzam respostas emocionais e sociais altas, sobretudo quando são difíceis de abordar ou discutir abertamente, como aqueles que são objecto do presente trabalho: a Doença Mental Grave.

Assim, em vez de se limitarem apenas a discutir verbalmente estas questões, o método permite que as pessoas com experiência de Doença Mental Grave se levantem das suas cadeiras e explorem através da espontaneidade e da acção os temas do seu interesse comum. De facto, o Sociodrama permite de forma exímia a exploração e resolução dos seus problemas intra ou intergrupais com ênfase sobretudo nos seus papéis sociais (Idem).

Bibliografia

Abreu, J. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi Editores; Colecção Metamorfoses.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. (2ª edição). Lisboa: Fim de século – Edições Sociedade Unipessoal, Lda.

Sousa, S. (2012). *Auto-Estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um Programa de Intervenção com Recurso ao Sociodrama e ao E-Learning*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Plano de Sessão – Actividade Sociodramática

Local	Ginásio do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Inicia a 28 de Março de 2013.
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 11h
Terapeutas	Diretora: Enf ^a Marta Martinho, Egos auxiliares: Enf ^a Elisa Gariso e Enf ^a Tânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria referenciados pela equipa de enfermagem e que participaram nas sessões anteriores.
Recursos materiais	Computador e CD com música; Colunas; Caixa com vários objectos a serem utilizados na sessão; Papel, canetas, marcadores e lápis de cor.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover a coesão do grupo;- Promover a percepção de si e do grupo;- Favorecer a criatividade;- Facilitar as relações interpessoais;- Promover a expressão de sentimentos.
Desenvolvimento	Para realização do aquecimento foi pedido aos utentes: <ul style="list-style-type: none">- Que deambulassem pela sala de forma tranquila e posteriormente de forma rápida; Dramatização: <ul style="list-style-type: none">- Após o aquecimento é pedido aos utentes que refiram os seus medos/receios e que lhe atribuam uma cor.- Dramatização dos medos identificados.- Realizar a avaliação com todos os elementos do grupo de forma a expressar sentimentos.

	<p>Encerramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ritual de encerramento: todos reunidos, mãos ao centro e é dito “ Tudo o que é aqui dito fica aqui dentro”.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>O presente grupo selecionado para realizar esta técnica, é heterogéneo, aberto e encontra-se na fase I de desenvolvimento – fase inicial ou de orientação. Nesta fase o diretor e o grupo trabalham juntos para estabelecer as regras que vão reger o grupo, sendo estabelecidos os seus objetivos. Os membros são apresentados uns aos outros (Townsend, 2011).</p> <p>Para Moreno a interação espontânea num grupo, com dramatização, poderia ajudar a modificar determinados comportamentos. Foi com esta descoberta que o teatro da espontaneidade de Moreno passou a ser o teatro terapêutico. Este processo designa-se de catarse de integração, ou seja no decurso da psicoterapia, o individuo adquire diversos e diferentes níveis de conhecimentos e percepções, que lhe possibilitam uma percepção global de si mesmo e dos que o rodeiam (Leal, 2005).</p> <p>O sociodrama poderá ser utilizado em qualquer fase do grupo. Sendo o nosso grupo do tipo I poderá ser utilizado um jogo para a apresentação dos elementos do grupo e promover um ambiente de confiança.</p> <p>O apelo à criatividade e espontaneidade são conceitos relevantes para o sociodrama, uma vez que de acordo com Moreno através do exercício da espontaneidade, livre de coações sociais ou de previsões meditativas podemos encontrar vias alternativas de resolução de problemas que não são alcançadas através do raciocínio (Abreu, 2006).</p> <p>Apesar de existirem algumas similaridades entre o Psicodrama e o Sociodrama, existe também características próprias de cada método. Sousa (2012) refere que Moreno define cinco instrumentos comuns ao Psicodrama e Sociodrama: o palco, o protagonista, o director, os ego-auxiliares e a plateia. No palco, que é um espaço vivencial que é flexível e multidimensional ao máximo, o protagonista pode encontrar a liberdade para exprimir-se e experimentar. O protagonista é solicitado a ser ele mesmo, a retratar o seu próprio mundo privado e depois de aquecido e envolvido, pode de forma espontânea e através de algumas técnicas ser convidado a ser e agir no palco de forma verdadeira, como na vida real, ou ainda mais. O terceiro instrumento é o director que age directamente sobre o nível de espontaneidade do sujeito e tem de estar alerta para converter toda e qualquer pista que o sujeito ofereça em acção dramática, para conjugar a linha de produção com a linha vital do sujeito e nunca deixar que a produção perca contacto com o público. Os ego-auxiliares são extensões do director, explanatórias e terapêuticas, mas também são extensões do paciente, retratando as personagens reais ou imaginadas do seu drama vital. E por último, o quinto instrumento é o público que pode ter a função de ajudar o protagonista, ou tornar-</p>

	<p>se ele próprio paciente quando é ajudado pelo protagonista em palco. Quanto mais isolado estiver o paciente, por exemplo, porque o seu drama no palco é formado por delírios e alucinações, mais importante se torna para ele a presença de um público disposto a aceitá-lo e compreendê-lo. Quando o público é ajudado pelo sujeito, assim se tornando o próprio sujeito, a situação inverte-se. O público vê-se a si mesmo.</p> <p>Especificando o Sociodrama, surge com a função de permitir ao grupo abordar e trabalhar o conflito que impede o seu crescimento, de forma a alcançar a sua resolução. Esta metodologia é considerada, para Sousa (2012), ideal para o ensino de temas que produzam respostas emocionais e sociais altas, sobretudo quando são difíceis de abordar ou discutir abertamente, como aqueles que são objecto do presente trabalho: a Doença Mental Grave.</p> <p>Assim, em vez de se limitarem apenas a discutir verbalmente estas questões, o método permite que as pessoas com experiência de Doença Mental Grave se levantem das suas cadeiras e explorem através da espontaneidade e da acção os temas do seu interesse comum. De facto, o Sociodrama permite de forma exímia a exploração e resolução dos seus problemas intra ou intergrupais com ênfase sobretudo nos seus papéis sociais (Idem).</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Abreu, J. (2006). O Modelo do Psicodrama Moreniano. Lisboa: Climepsi Editores; Colecção Metamorfoses.</p> <p>Leal, I. (2005). Iniciação às Psicoterapias. (2ªedição). Lisboa: Fim de século – Edições Sociedade Unipessoal, Lda.</p> <p>Sousa, S. (2012). Auto-Estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um Programa de Intervenção com Recurso ao Sociodrama e ao E-Learning. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.</p> <p>Townsed, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano de Sessão – Actividade Sociodramática

Local	Sala de reunião do 6º piso do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Decorre a 4 de Abril de 2013
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 11h
Terapeutas	Diretora: Enfª Marta Martinho, Egos auxiliares: Enfª Elisa Gariso e EnfªTânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem que aceitem voluntariamente participar na atividade;
Recursos materiais	Computador e CD com música; Colunas; Caixa com vários objetos a serem utilizados na sessão; Papel, canetas, marcadores e lápis de cor.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover a coesão do grupo;- Promover a perceção de si e do grupo;- Favorecer a criatividade;- Facilitar as relações interpessoais;- Promover a expressão de sentimentos.
Desenvolvimento	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Pedir para deambular pela sala ao som de uma música relaxante com sons de mar;- Pedir que imaginem que estão na praia e sentem o mar, a areia. Cenário muda e têm de se proteger das ondas que rebetam e da areia quente;- Passar bola entre pares, com contacto visual e depois uma bola fica entre o grupo e é passada aleatoriamente;

	<ul style="list-style-type: none"> - A troca de bola passa a executar-se com expressão de qualidades e defeitos de quem passa. <p>Dramatização:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressar da situação desencandadora da fobia social de um utente - Dramatização da situação desencandadora da fobia social de um utente, por parte dos outros participantes e ego-auxiliar. - Solilóquio: expressão dos sentimentos do utente que observou a cena relacionada com o seu medo. - Proposta de execução do funeral do medo e dramatização. <p>Encerramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica “chuva de estrelas”; - Ritual de encerramento: todos reunidos, mãos ao centro e é dito “ Tudo o que é aqui dito fica aqui dentro”.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>O presente grupo selecionado para realizar esta técnica, é heterogéneo, aberto e encontra-se na fase I de desenvolvimento – fase inicial ou de orientação. Nesta fase o diretor e o grupo trabalham juntos para estabelecer as regras que vão reger o grupo, sendo estabelecidos os seus objetivos. Os membros são apresentados uns aos outros (Townsend, 2011).</p> <p>Para Moreno a interação espontânea num grupo, com dramatização, poderia ajudar a modificar determinados comportamentos. Foi com esta descoberta que o teatro da espontaneidade de Moreno passou a ser o teatro terapêutico. Este processo designa-se de catarse de integração, ou seja no decurso da psicoterapia, o individuo adquire diversos e diferentes níveis de conhecimentos e perceções, que lhe possibilitam uma perceção global de si mesmo e dos que o rodeiam (Leal, 2005).</p> <p>O sociodrama poderá ser utilizado em qualquer fase do grupo. Sendo o nosso grupo do tipo I poderá ser utilizado um jogo para a apresentação dos elementos do grupo e promover um ambiente de confiança.</p>

O apelo à criatividade e espontaneidade são conceitos relevantes para o sociodrama, uma vez que de acordo com Moreno através do exercício da espontaneidade, livre de coações sociais ou de previsões meditativas podemos encontrar vias alternativas de resolução de problemas que não são alcançadas através do raciocínio (Abreu, 2006).

Apesar de existirem algumas similaridades entre o Psicodrama e o Sociodrama, existe também características próprias de cada método. Sousa (2012) refere que Moreno define cinco instrumentos comuns ao Psicodrama e Sociodrama: o palco, o protagonista, o director, os ego-auxiliares e a plateia. No palco, que é um espaço vivencial que é flexível e multidimensional ao máximo, o protagonista pode encontrar a liberdade para exprimir-se e experimentar. O protagonista é solicitado a ser ele mesmo, a retratar o seu próprio mundo privado e depois de aquecido e envolvido, pode de forma espontânea e através de algumas técnicas ser convidado a ser e agir no palco de forma verdadeira, como na vida real, ou ainda mais. O terceiro instrumento é o director que age directamente sobre o nível de espontaneidade do sujeito e tem de estar alerta para converter toda e qualquer pista que o sujeito ofereça em acção dramática, para conjugar a linha de produção com a linha vital do sujeito e nunca deixar que a produção perca contacto com o público. Os ego-auxiliares são extensões do director, explanatórias e terapêuticas, mas também são extensões do paciente, retratando as personagens reais ou imaginadas do seu drama vital. E por último, o quinto instrumento é o público que pode ter a função de ajudar o protagonista, ou tornar-se ele próprio paciente quando é ajudado pelo protagonista em palco. Quanto mais isolado estiver o paciente, por exemplo, porque o seu drama no palco é formado por delírios e alucinações, mais importante se torna para ele a presença de um público disposto a aceitá-lo e compreendê-lo. Quando o público é ajudado pelo sujeito, assim se tornando o próprio sujeito, a situação inverte-se. O público vê-se a si mesmo.

Especificando o Sociodrama, surge com a função de permitir ao grupo abordar e trabalhar o conflito que impede o seu crescimento, de forma a alcançar a sua resolução. Esta metodologia é considerada, para Sousa (2012), ideal para o ensino de temas que produzam respostas emocionais e sociais altas, sobretudo quando são difíceis de abordar ou discutir abertamente, como aqueles que são objecto do presente trabalho: a Doença Mental Grave.

Assim, em vez de se limitarem apenas a discutir verbalmente estas questões, o método permite que as pessoas com experiência de Doença Mental Grave se levantem das suas cadeiras e explorem através da espontaneidade e da acção os temas do seu interesse comum.

	De facto, o Sociodrama permite de forma exímia a exploração e resolução dos seus problemas intra ou intergrupais com ênfase sobretudo nos seus papéis sociais (Idem).
Bibliografia	<p>Abreu, J. (2006). <i>O Modelo do Psicodrama Moreniano</i>. Lisboa: Climepsi Editores; Colecção Metamorfoses.</p> <p>Leal, I. (2005). <i>Iniciação às Psicoterapias</i>. (2ªedição). Lisboa: Fim de século – Edições Sociedade Unipessoal, Lda.</p> <p>Sousa, S. (2012). <i>Auto-Estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um Programa de Intervenção com Recurso ao Sociodrama e ao E-Learning</i>. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.</p> <p>Townsed, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano de Sessão – Atividade Sociodramática

Local	Sala de reunião do 6º piso do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Decorre a 11 de Abril de 2013
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 11h
Terapeutas	Diretora: Enfª Marta Martinho, Egos auxiliares: Enfª Elisa Gariso e EnfªTânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar referenciados pela equipa de enfermagem que aceitem voluntariamente participar na actividade;
Recursos materiais	Computador e CD com música; Colunas; Caixa com vários objectos a serem utilizados na sessão; Papel, canetas, marcadores e lápis de cor.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Promover a coesão do grupo;- Promover a percepção de si e do grupo;- Favorecer a criatividade;- Facilitar as relações interpessoais;- Promover a expressão de sentimentos.
Desenvolvimento	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Pedir para deambular pela sala ao som de uma música relaxante;- Pedir para se moverem ao ritmo da música;- Formar um círculo. Pedir para passar uma bola e expressar um som;- Passar bola aleatoriamente e expressar algo que gostem de fazer;

	<p>Dramatização:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lembrar alguém importante na vida; - Escolher objectos que identifiquem a personagem; - Em pares, dramatizar e dar a conhecer a personagem escolhida, tendo em conta os seus hábitos e postura habitual; - Explicar ao grupo o motivo da pessoa escolhida ser importante; - Dramatizar acontecimentos importantes que surjam no decurso da exposição da personagem em grupo. <p>Encerramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica “chuva de estrelas”; - Ritual de encerramento: todos reunidos, mãos ao centro e é dito “ Tudo o que é aqui dito fica aqui dentro”.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>O presente grupo seleccionado para realizar esta técnica, é heterogéneo, aberto e encontra-se na fase I de desenvolvimento – fase inicial ou de orientação. Nesta fase o diretor e o grupo trabalham juntos para estabelecer as regras que vão reger o grupo, sendo estabelecidos os seus objetivos. Os membros são apresentados uns aos outros (Townsend, 2011).</p> <p>Para Moreno a interação espontânea num grupo, com dramatização, poderia ajudar a modificar determinados comportamentos. Foi com esta descoberta que o teatro da espontaneidade de Moreno passou a ser o teatro terapêutico. Este processo designa-se de catarse de integração, ou seja no decurso da psicoterapia, o individuo adquire diversos e diferentes níveis de conhecimentos e percepções, que lhe possibilitam uma percepção global de si mesmo e dos que o rodeiam (Leal, 2005).</p> <p>O sociodrama poderá ser utilizado em qualquer fase do grupo. Sendo o nosso grupo do tipo I poderá ser utilizado um jogo para a apresentação dos elementos do grupo e promover um ambiente de confiança.</p>

O apelo à criatividade e espontaneidade são conceitos relevantes para o sociodrama, uma vez que de acordo com Moreno através do exercício da espontaneidade, livre de coações sociais ou de previsões meditativas podemos encontrar vias alternativas de resolução de problemas que não são alcançadas através do raciocínio (Abreu, 2006).

Apesar de existirem algumas similaridades entre o Psicodrama e o Sociodrama, existe também características próprias de cada método. Sousa (2012) refere que Moreno define cinco instrumentos comuns ao Psicodrama e Sociodrama: o palco, o protagonista, o director, os ego-auxiliares e a plateia. No palco, que é um espaço vivencial que é flexível e multidimensional ao máximo, o protagonista pode encontrar a liberdade para exprimir-se e experimentar. O protagonista é solicitado a ser ele mesmo, a retratar o seu próprio mundo privado e depois de aquecido e envolvido, pode de forma espontânea e através de algumas técnicas ser convidado a ser e agir no palco de forma verdadeira, como na vida real, ou ainda mais. O terceiro instrumento é o director que age directamente sobre o nível de espontaneidade do sujeito e tem de estar alerta para converter toda e qualquer pista que o sujeito ofereça em acção dramática, para conjugar a linha de produção com a linha vital do sujeito e nunca deixar que a produção perca contacto com o público. Os ego-auxiliares são extensões do director, explanatórias e terapêuticas, mas também são extensões do paciente, retratando as personagens reais ou imaginadas do seu drama vital. E por último, o quinto instrumento é o público que pode ter a função de ajudar o protagonista, ou tornar-se ele próprio paciente quando é ajudado pelo protagonista em palco. Quanto mais isolado estiver o paciente, por exemplo, porque o seu drama no palco é formado por delírios e alucinações, mais importante se torna para ele a presença de um público disposto a aceitá-lo e compreendê-lo. Quando o público é ajudado pelo sujeito, assim se tornando o próprio sujeito, a situação inverte-se. O público vê-se a si mesmo.

Especificando o Sociodrama, surge com a função de permitir ao grupo abordar e trabalhar o conflito que impede o seu crescimento, de forma a alcançar a sua resolução. Esta metodologia é considerada, para Sousa (2012), ideal para o ensino de temas que produzam respostas emocionais e sociais altas, sobretudo quando são difíceis de abordar ou discutir abertamente, como aqueles que são objecto do presente trabalho: a Doença Mental Grave.

Assim, em vez de se limitarem apenas a discutir verbalmente estas questões, o método permite que as pessoas com experiência de Doença Mental Grave se levantem das suas cadeiras e explorem através da espontaneidade e da acção os temas do seu interesse comum.

	<p>De facto, o Sociodrama permite de forma exímia a exploração e resolução dos seus problemas intra ou intergrupais com ênfase sobretudo nos seus papéis sociais (Idem).</p>
Bibliografia	<p>Abreu, J. (2006). <i>O Modelo do Psicodrama Moreniano</i>. Lisboa: Climepsi Editores; Colecção Metamorfoses.</p> <p>Leal, I. (2005). <i>Iniciação às Psicoterapias</i>. (2ª edição). Lisboa: Fim de século – Edições Sociedade Unipessoal, Lda.</p> <p>Sousa, S. (2012). <i>Auto-Estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um Programa de Intervenção com Recurso ao Sociodrama e ao E-Learning</i>. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.</p> <p>Townsend, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

ANEXO X

Plano e Avaliação da Dinamização “O Mosaico”

Plano de Sessão – Dinâmica de grupo “Mosaico”

Local	Sala de Reuniões do Serviço de Ambulatório de Tomar
Data	18 de Março de 2013
Duração	Cerca de 30 a 40 min., início previsto às 14h
Mestranda	Tânia Felisberto
Destinatários	Utentes do Ambulatório de Psiquiatria de Tomar 3 Utentes referenciados pela equipa de enfermagem a participar na actividade;
Recursos materiais	-Sala de reuniões; -Cartolina Branca; -Marcadores, canetas; -Réguas; -Tesouras; -folha de registo.
Objectivos	- Estimular a representação e reflexão sobre as emoções vividas através das cores; -Adquirir auto-consciência; -Expressar sentimentos, pensamentos; -Identificar aspectos pessoais de cada utente.
Desenvolvimento	A sessão inicia-se com uma breve apresentação de cada utente, bem como da dinâmica a desenvolver. Solicita-se a colaboração dos utentes para recortar a cartolina em quadrados e posteriormente colorir os mesmos com uma cor cada. O facilitador espalha no meio da sala os vários cartões coloridos pelos utentes. Pede-se aos utentes que olhem atentamente para os cartões e identifiquem as suas emoções quanto às cores dos mesmos. Sugere-se que cada membro do grupo escolha cinco cartões de cores diferenciadas de sua preferência, e escreva em cada um, o nome da emoção sentida.

	Em seguida forma-se um mosaico com todos os cartões escritos, e discute-se sobre a variedade de emoções sentidas e expressas pelos componentes. Solicita-se que cada relate a sua experiência, e transcreve-se a importância das emoções transmitidas pelas cores no quotidiano de cada um.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar o comportamento e postura dos utentes durante a sessão; ✓ Incentivar a expressão de sentimentos, nomeadamente se sentem mais relaxados e descontraídos; ✓ Registrar resultados observados em Reflexão na Avaliação da Sessão.
Justificação	<p>Lima e Guerra (2005), referem que o termo “dinâmica de grupo” foi introduzido no vocabulário científico por Lewin, cuja definição compila influências poderosas nos indivíduos em situações de grupo e o estudo desse processo. Na sua obra a definição é mais abrangente e entendida como o conjunto de fenómenos que sucedem, quando duas ou mais pessoas se reúnem formando um grupo. É dada ênfase à importância do feedback e redes de comunicação.</p> <p>Segundo as mesmas autoras, no que diz respeito à Saúde, o aparecimento de cada vez mais doenças crónicas que deterioram a qualidade de vida, torna a formação de grupos com pessoas que experimentam situações de crise um efeito terapêutico excelente.</p> <p>Para Costa (2006), nas relações em grupo, o homem com a sua necessidade de viver em contacto com os outros, estabelece relações onde fenómenos como a comunicação, percepção, afeição, liderança, integração, normas, entre outros, estão presentes.</p> <p>Assim, as Dinâmicas de grupo, permitem trabalhar objectivos, previamente delineados, para satisfazer o atendimento das necessidades detectadas.</p>
Bibliografia	<p>Costa, E. P. (2006). <i>Técnicas de Dinâmica: facilitando o trabalho com grupos</i>. (3º edição). Rio de Janeiro: wak editora.</p> <p>Guerra, M. & Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde</i>. (1ª Edição) Lisboa: Climepsi Editores.</p>

Avaliação da Sessão

A actividade contou com a participação de 3 utentes (P., S. e RR).

P. – Comunicativo, com postura descontraída, dificuldade em deixar os outros falar, participou com agrado na actividade.

S. – No início apreensiva, com períodos de bruxismo, postura mais retraída. Com o decorrer da actividade mais interessada, com iniciativa de explicar aos colegas os objectivos inicialmente propostos, sempre que surgiam dúvidas.

RR – Inicialmente com uma postura retraída e pouco iniciativa, foi o que se notou maior diferença, ao longo da actividade foi-se integrando no grupo, com iniciativa foi bastante participativo e contou histórias do seu passado.

Durante a actividade a S. escolheu as cores: vermelho, associando a emoção alegria, amarelo em que escolheu a palavra imaginação, preto atribuiu tristeza, verde a envolvimento e rosa choque definiu por extravagância.

O RR escolheu: verde e escreveu verdura, cor de laranja a que associou a esperança, castanho a emoção, amarelo a alegria e vermelho a vida.

E o P. escolheu: Branco a que atribuiu a palavra paz, o verde que escolheu a esperança, rosa claro em que atribuiu a palavra amor, o preto associou à emoção tristeza e cor de laranja atribuiu a palavra amizade.

As cores foram dispostas, com respectivas definições, em mosaico, conforme mostra a figura que se segue.

Seguiu-se uma breve discussão acerca das emoções sentidas ao escolher cada cor, e foi proposto aos utentes que associassem os resultados a que chegaram ao seu quotidiano, percebendo desta forma de que medida as suas emoções são influenciadas e quais as melhores estratégias para bem influenciar as nossas emoções.

De um modo geral a actividade foi produtiva para os utentes, tendo sido a sua apreciação bastante positiva. Foi importante para a aquisição de autoconsciência de cada utente, que permitiu a livre expressão de sentimentos e pensamentos.

ANEXO XI

Plano e trabalho “Musicoterapia - A música como co-adjuvante na Saúde Mental”

A música como co-adjuvante na Saúde Mental

“A música é para a alma, o que as palavras são para a mente”
(Modest Mouse)



Indicações: Pessoas com problemas de saúde mental têm pouca ou nenhuma interacção social, demonstram muitas vezes estados de depressão, pelo que o uso da música é capaz de reconstruir identidades, integrar pessoas e proporcionar a construção de uma auto-estima positiva¹.

Música clássica e harmoniosa proporciona relaxamento e bem-estar; Música estimulante pode também servir como meio de distração em locais/ ambientes de alguma angústia ou stress, levando as pessoas a abstrair-se;

O canto gregoriano pode reduzir o stress; A música ambiente/New Age alonga a nossa noção de espaço e tempo e pode induzir a estados de vigília descontraída; A música barroca mais lenta transmite estabilidade, ordem, segurança e cria um ambiente estimulante para estudo/trabalho.

O enfermeiro pode utilizar a música com vários objectivos e em diferentes momentos do tratamento do paciente, como antes da interacção com o paciente, para relaxamento e para resgatar lembranças de acontecimentos passados na vida do cliente. Assim, o enfermeiro deve verificar em que momento pode utilizar a música e também avaliar os efeitos desta sobre o paciente².

Princípios activos: Estudos demonstram que os centros emocionais no cérebro são favoráveis ao estímulo musical, sugerindo que a música pode diminuir a ansiedade e os sintomas depressivos. É também sugerido que a audição de música clássica evoca emoções fortes, incluindo sentimentos de prazer, mediados pela actividade do hipotálamo, da amígdala, do córtex orbito-frontal e da rede neuronal e neuro-química (via dopaminérgica), correspondentes à representação empírica do prazer que é induzido pela música. Desta forma, a música torna-se um objeto de estudo complexo, na medida em que activa diversas áreas cerebrais, ao contrário da linguagem³.

A música é definida pelo ritmo, pela melodia, pela harmonia, pelo timbre, pela dinâmica e pela forma, e as emoções correlacionadas com características musicais são: a alegria, a agressividade, o medo, a tristeza e a ternura³.

Contra-indicações: Utilizar músicas que o paciente não goste ou que lhe cau-



Departamento Psiquiatria Agudos

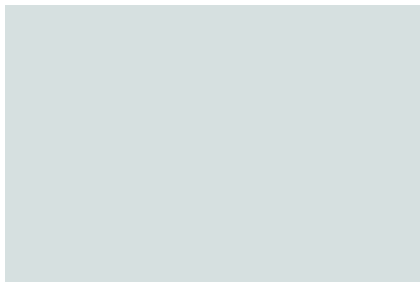
Autora: Tânia Felisberto

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

Elemento Consultivo: Enfº Nelson
Oliveira



A música como co-adjuvante na Saúde Mental



Departamento Psiquiatria Agudos

Autora: Tânia Felisberto

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

Elemento Consultivo: Enfº Nelson
Oliveira



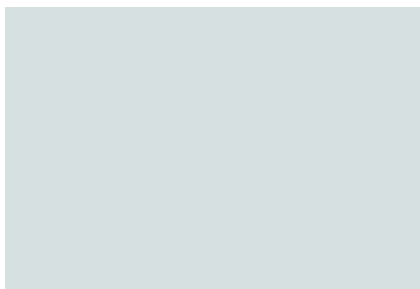
se irritação. O Enfermeiro em Psiquiatria deve utilizar a música para os propósitos que estabelece, escolhendo-a de acordo com os gostos dos utentes, a sua cultura, bem como, uma prévia avaliação semiológica.

Reacções adversas: Uma música mais estimulante pode levar a estados de ansiedade pela excitação fisiológica causada.

Posologia: 45 min. Uma vez por semana⁴; Estimulo musical, com posterior narrativa livre, escala de expressividade emocional, escala de afirmações e escala de emoções³.

Conclusão: Em suma, a literatura revisada esclarece que a utilização da música em pacientes psiquiátricos tem grande actuação nas suas emoções e comportamentos. Assim, o simples facto de colocar uma música para ouvir no ambiente de trabalho deve ser avaliado, de acordo com o grau de satisfação do profissional e do paciente.²

O Enfermeiro é o elemento da equipe de saúde que contacta mais directamente com o paciente, o que o favorece de melhores competências para personalizar os cuidados baseados na evidência científica, que qualquer outro terapeuta.



Bibliografia: ¹Cardoso, A. (2010). *A utilização da música como co-adjuvante terapêutico na Saúde Mental e Psiquiatria*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde. ²Andrade e Pedrão. (2005). Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo Enfermeiro na assistência de Enfermagem Psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5):737-42. ³Simões, A. (2012). *As emoções ao compasso da música: um olhar sobre a influência da música na resposta emocional*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia; ⁴Zanello, V. (2010) Mais menos Haldo: uma experiência entre música, *Phármakon* e loucura. Acedido em 12 de Junho de 2013 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272009000200009&script=sci_arttext.

Plano para Elaboração Panfleto Musicoterapia

Autora	Mestranda Tânia Felisberto Elemento consultivo Enf ^o Nelson Oliveira
Tema	A música como coadjuvante na Saúde Mental
Fundamentação	<p>Segundo Andrade & Pedrão (2005), o enfermeiro pode utilizar a música com vários objetivos e em diferentes momentos do tratamento do paciente, como por exemplo, antes da interação com o paciente, para relaxamento e para resgatar lembranças de acontecimentos passados na vida do cliente. Assim, o enfermeiro deve verificar em que momento pode utilizar a música e também avaliar os efeitos desta sobre o paciente.</p> <p>Pessoas com problemas de saúde mental têm pouca ou nenhuma interação social, demonstram muitas vezes estados de depressão, pelo que o uso da música é capaz de reconstruir identidades, integrar pessoas e proporcionar a construção de uma auto-estima positiva Cardoso (2010).</p> <p>O mesmo autor refere que estando a música em constante interação connosco, através dos sons, o enfermeiro pode eleger a música mais adequada para o paciente e dessa forma, pode melhorar comportamentos, fomentar criatividade, comunicação, socialização, aliviar a dor, promover o bem-estar físico e psíquico, ajudar o autoconhecimento, à autorreflexão para que assim o doente reconstrua a sua identidade e consiga mais facilmente superar as barreiras que a sua patologia impõe.</p> <p>Em suma, a literatura revisada esclarece que a utilização da música em pacientes psiquiátricos tem grande atuação nas suas emoções e comportamentos. Assim, o simples facto de colocar uma música para ouvir no ambiente de trabalho deve ser avaliado, de acordo com o grau de satisfação do profissional e do paciente.</p> <p>O Enfermeiro é o elemento da equipe de saúde que contacta mais diretamente com o paciente, o que o favorece de melhores competências para personalizar os cuidados baseados na evidência científica, que qualquer outro terapeuta.</p>
População alvo	Todos os Enfermeiros do Serviço de Psiquiatria Departamento de agudos do Hospital N ^o Sr. ^a da Graça de Tomar do Centro Hospitalar do Médio Tejo.
Data	Este Panfleto foi apresentado no serviço no dia 19 de Junho de 2013
Espaço/Material	Sala de Enfermagem/ Panfleto impresso em A3
Bibliografia	<ul style="list-style-type: none">✓ Cardoso, A. (2010). <i>A utilização da música como coadjuvante terapêutico na Saúde Mental e Psiquiatria</i>. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde.✓ Andrade e Pedrão. (2005). Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo Enfermeiro na assistência de Enfermagem Psiquiátrica. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>, 13(5):737-42.✓ Simões, A. (2012). <i>As emoções ao compasso da música: um olhar sobre a influência da música na resposta emocional</i>. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia;

✓ Zanello, V. (2010) *Mais menos Haldo: uma experiência entre música, Phármakon e loucura*. Acedido em 12 de Junho de 2013 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272009000200009&script=sci_arttext.

ANEXO XII

Pedido formal para aplicação do Questionário

Exmo. Sr. Diretor

Tânia Filipa de Oliveira Felisberto, enfermeira, a exercer funções na Unidade de Cuidados Continuados e Integrados de Longa Duração da Santa Casa da Misericórdia de Thomar e a frequentar o 2º Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria – Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria, vem por este meio, solicitar a vossa autorização para aplicar o questionário **O PAPEL DOS TUTORES NO PROCESSO DE SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**, na vossa escola, com o objetivo de avaliar as estratégias mais eficazes no processo de supervisão de enfermagem em saúde mental, bem como, as dificuldades sentidas pelos tutores, no exercício da Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. A utilização deste instrumento está inerente a um estudo de investigação no âmbito do referido mestrado, cujo método é o Transversal, a adotar num grupo de professores orientadores do ensino clínico em Psiquiatria. O seu título é **“O papel dos tutores no processo de supervisão de enfermagem em saúde mental e psiquiatria”**.

O estudo pretende ser útil para fornecer dados considerados essenciais para a tutoria da supervisão clínica na enfermagem Psiquiátrica, contribuindo assim para a reflexão da temática.

Grata pela vossa disponibilidade,

Aguardo a vossa resposta, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Leiria, 18 de Maio de 2014

Enf. Tânia Felisberto

ANEXO XIII

Modelo do consentimento informado e Questionário

O PAPEL DOS DOCENTES NO PROCESSO SUPERVISIVO DE ENFERMAGEM
EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

– Trabalho de Investigação –

Caríssimo(a) Tutor(a) da Escola Superior de Saúde de Leiria

O meu nome é Tânia Filipa de Oliveira Felisberto, sou enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados Continuados e Integrados de Longa Duração da Santa Casa da Misericórdia de Thomar e frequento o 2º Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria. Encontro-me a realizar um trabalho de investigação intitulado “O papel dos tutores no processo de supervisão de enfermagem em saúde mental e psiquiatria”, o qual me é exigido para a conclusão do referido Mestrado.

A concretização deste estudo só será possível se obtiver a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

Nesse sentido, apelo à sua compreensão e paciência para que leia atentamente as instruções e que responda a todas as questões do questionário com a máxima sinceridade. Após o preenchimento peço que o entregue ao cuidado Sr. Professor José Carlos Gomes.

Não escreva a sua identificação em qualquer parte do questionário ou do envelope, para que possa garantir a confidencialidade das suas respostas.

Se tiver interesse em conhecer os resultados do estudo terei imenso gosto em facultar-lhos.

Obrigado pela sua atenção e disponibilidade

Leiria, 19 de Maio de 2014

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS DOCENTES

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade: _____ anos
3. Estado civil:
Solteiro(a) Casado(a)/ vive maritalmente Divorciado(a)/ Separado(a) Viúvo(a)
4. Filhos: Não Sim Quantos? _____
5. Formação Profissional:
Curso de Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal
Especialização em Enfermagem Mestrado Doutoramento
6. Categoria Profissional: Enfermeiro Graduado Especialista Chefe
Professor Assistente Professor Adjunto Professor Coordenador
7. Tempo de exercício profissional: _____ Anos _____ Meses

2 - QUESTIONÁRIO:

Responda às questões que se seguem colocando um número à frente de cada alternativa que melhor expressa a sua opinião, de acordo com a seguinte grelha:

0: discorda plenamente

1: discordo;

2: discordo ligeiramente;

3: concordo ligeiramente;

4: concordo;

5: concorda plenamente

a) Que competências no tutor considera essenciais para o processo de supervisão em ensino clínico?						
Competências	Valor atribuído					
	0	1	2	3	4	5
Desenvolvimento de conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos de formação						
Observação e interpretação das ações dos alunos						
Capacidade de ver o aluno de forma holística						
Capacidade de se Auto supervisionar						
Capacidade de aprendizagem, reflexão e responsabilidade						
Capacidade de análise e supervisão						
Capacidade de comunicação assertiva, por forma a contribuir para a formação de novos enfermeiros						
Gestão de emoções, por forma a desenvolver e melhorar a comunicação						
Nível de atualização ao nível das técnicas de Supervisão						

*

b) Que estratégias de supervisão considera eficazes na supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde mental e Psiquiatria?						
Estratégias	Valor atribuído					
	0	1	2	3	4	5
Descrição de situações, permitindo uma perceção refletida, seguida de uma análise, pretendendo definir o objeto de atenção e reflexão.						
Realização de reuniões de ensino clínico com a equipa responsável pelo ensino clínico, com vista a clarificar situações, permitindo o debate a questões relevantes para a supervisão do aluno.						
Confronto do estudante com o seu saber aquando a solicitação de conteúdos teóricos, através do questionamento, levando à reconstrução que permite reorganizar uma determinada prática e melhorar o projeto profissional do aluno no que respeita a objetivos e atividades.						
A avaliação, como promotora da reflexão.						
A análise de casos, permitindo a análise detalhada de situações profissionais.						
As demonstrações práticas.						

*

c) Quais as principais dificuldades que encontra no processo de supervisão?			
Dificuldade	Subcategorias	Indicador	Valor atribuído
Tempo de permanência em Ensino Clínico	Tutor	- Presente para apoio/orientação	
		- Ausente para apoio/orientação	
Ambiente clínico	_____	- Recursos humanos	
		- Solicitações profissionais	
		- Distribuição de alunos	
		- Desfasamento teoria/prática	
		- Sequencialidade nos ensinos clínicos	
Ambiente psicológico	_____	- Apoio	

*

d) Qual a sua representação do processo de supervisão em ensino clínico de enfermagem?			
Representação	Subcategoria	Indicador	Valor atribuído
Conceito de supervisão	_____	- Processo	
		- Produto	
Relevância do processo de supervisão	Muito importante	- Controlo e apoio do percurso formativo - Desenvolvimento de competências e aptidões profissionais	
	Pouco importante	_____	
Fatores que influenciam o processo de supervisão	Facilitadores	- Definição de objetivos de estágios - Relação da teoria com a prática - Formação	
	Dificultadores	- Observação contínua - Alunos rotulados	
Responsabilidade do processo de supervisão	Atribuição	- Enfermeiro cooperante	
		- Tutor - Parcerias	
Caraterísticas do supervisor	_____	- Positivas	
		- Negativas	

**Adaptado de Simões, Alarcão e Costa (2008), in Revista Referência II, nº 6*

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Carimbo de data/hora	Sexo	Idade	Formação profissional	Categoria Profissional	Tempo de exercício profissional	Desenvolvimento de conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos de formação	Observação e interpretação das ações dos alunos
#####	Masculino	46	Mestrado	Especialista	20	4	5
#####	Feminino	30	Mestrado	Enfermeiro	8 anos	4	4
#####	Feminino	47	Mestrado	Graduado	24 anos	5	5
#####	Feminino	29	Mestrado	Professor Assistente	8 anos	5	5
#####	Feminino	44	Especialização em Enfermagem em	Graduado	22	4	4
#####	Feminino	50	Curso de Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal	Graduado	26	5	5
#####	Masculino	30	Especialização em Enfermagem em	Enfermeiro	8	4	4

Capacidade de ver o aluno de forma holística	Capacidade de se Auto supervisionar		Capacidade de aprendizagem, reflexão e responsabilidade	Capacidade de análise e supervisão	Capacidade e de comunicação assertiva, por forma a contribuir para a formação de novos enfermeiros	Gestão de emoções, por forma a desenvolver e melhorar a comunicação	Nível de atualização ao nível das técnicas de Supervisão	Descrição de situações, permitindo uma perceção refletida, seguida de uma análise, pretendendo definir o objeto de atenção e reflexão.
4	5		3	4	4	5	4	3
4	4		5	5	5	5	4	4
5	5		5	5	5	4	5	5
5	5		5	5	5	5	5	5
4	5		5	5	5	5	4	5
4	4		5	5	5	4	4	4
4	5		5	5	4	5	4	5

Realização de reuniões de ensino clínico com a equipa responsável pelo ensino clínico, com vista a clarificar situações, permitindo o debate a questões relevantes para a supervisão do aluno.	Confronto do estudante com o seu saber aquando a solicitação de conteúdos teóricos, através do questionamento, levando à reconstrução que permite reorganizar uma determinada prática e melhorar o projeto profissional do aluno no que respeita a objetivos e atividades.	A avaliação, como promotora da reflexão.	A análise de casos, permitindo a análise detalhada de situações profissionais.	As demonstrações práticas.	Tempo de permanência em Ensino Clínico (presença/ausência do tutor para apoio/orientação)	Ambiente clínico (recursos humanos; solicitações profissionais; distribuição de alunos; defasamento teoria/prática; sequencialidade nos ensinamentos clínicos)	Ambiente psicológico - apoio
4	4	5	4	4	3	4	4
5	3	4	4	4	3	4	2
4	5	5	4	4	4	4	5
5	4	5	5	5	3	3	3
4	5	5	5	4	4	4	3
4	5	5	4	5	1	2	2
4	4	3	4	4	5	4	3

5	5	4	3	5	5	4	2	