



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

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

Relatório de Estágio
Um Percurso... Positivo!

Tânia Catarina Gomes da Cruz

Leiria, maio de 2014



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

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

Relatório de Estágio

Um Percurso... Positivo!

Relatório de Estágio

Tânia Catarina Gomes da Cruz, nº 5120428

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Professor Orientador: Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Professor Co-orientador: Mestre Marina Sofia Silva Cordeiro

Leiria, maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

*"O rio passa ao lado de uma árvore, cumprimenta-a, alimenta-a, dá-lhe água...
e vai em frente, dançando. Ele não se prende à árvore.
A árvore deixa cair suas flores sobre o rio em profunda gratidão,
e o rio segue em frente. O vento chega, dança ao redor da árvore e segue em frente.
E a árvore empresta o seu perfume ao vento... Se a humanidade crescesse,
amadurecesse, essa seria a maneira de amar."*

Osho

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, como não podia deixar de ser, à minha família: à minha mãe Dulcelina, ao meu pai Joaquim, à minha irmã Milene, à minha avó Maria por todo o apoio durante este percurso, que me desculpem por todas as minhas ausências devido ao trabalho e cansaço físico e psíquico, que todos eles compreendem que foi por amor à minha profissão e ao Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que se tornou o realizar de um sonho já há muito pretendido.

Às minhas amigas do coração, Carla Oliveira, Estela Oliveira, Rita Faria e Raquel Oliveira por todos os momentos que passámos juntas e que me deram sempre força para continuar com este sonho.

Um obrigado muito especial ao meu colega de serviço e de curso, Emanuel Rainho, por me ter incentivado a participar neste e que me deu também bastante apoio e companheirismo.

Sincero agradecimento à Professora Marina Cordeiro, que para além de nos acompanhar durante o primeiro ano do curso, se disponibilizou para coorientar este trabalho e que se demonstrou sempre disponível para me acompanhar sempre que necessitei. Sem si, Marina, este trabalho não teria sido de todo possível realizar.

Um agradecimento muito especial também ao Professor José Carlos Gomes, que nos acompanhou desde o primeiro dia, que nos transmitiu tanto durante este percurso, pelos seus conhecimentos e principalmente pela pessoa que é, muito obrigada e sinto-me uma pessoa felizada por ter conhecido alguém como o Professor.

Um abraço muito especial também a todos os meus colegas de curso, quer os que iniciaram toda esta jornada em conjunto comigo quer aos que se juntaram no 3º semestre, passámos muitos e bons momentos juntos.

Muito obrigada a todos os meus colegas de trabalho por me apoiarem sempre e permitirem que este percurso se tornasse mais fácil.

Finalmente, agradeço às equipas de trabalho do serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental do Hospital de Santarém e do CPC da SONAE, em especial, como não poderia deixar de ser à minha orientadora de ambos os ensinos clínicos, Enf^a Helena Luís, em primeiro lugar pela pessoa que é, por todo o apoio que me deu, por toda a disponibilidade que sempre demonstrou, e pela excelente profissional que é e pela forma como me transmitiu os seus conhecimentos. Nunca a vou esquecer, é mesmo uma pessoa muito especial.

Muito obrigada a todos.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPC – Centro de Processamento de Carnes

ECT – Eletroconvulsivoterapia

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

HAM-D – Escala de Hamilton para a depressão

HDS – Hospital Distrital de Santarém, EPE

OE – Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sendo relativo à prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, realizada em contexto de ensino clínico, nomeadamente em contexto de internamento de saúde mental e psiquiatria e em contexto comunitário.

Todas as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico foram elaboradas e executadas de forma a responder às competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

No ensino clínico em contexto de internamento de Psiquiatria o principal foco foi o acompanhamento do doente com doença mental, identificando as suas necessidades, elaborando diagnósticos de enfermagem e executando o plano de cuidados.

Em contexto comunitário foram desenvolvidas várias atividades com colaboradores de uma empresa, no sentido de promover a saúde mental em meio laboral. Neste mesmo ensino clínico foi desenvolvido um estudo de investigação baseado num estudo de caso sobre uma intervenção psicoterapêutica positiva realizada com uma cliente com sintomatologia depressiva.

A intervenção psicoterapêutica positiva foi personalizada para a cliente e baseada em evidência científica, especialmente na psicoterapia positiva desenvolvida por Martin Seligman. O referido estudo apresentou fortes indícios da eficácia deste tipo de intervenção na sintomatologia depressiva da cliente estudada, verificada através da observação e análise da sua evolução clínica mesmo considerando o curto espaço de tempo em que foi aplicada.

Palavras-chave: Psicoterapia Positiva; Depressão; Enfermagem de Saúde Mental

ABSTRACT

This internship report comes as part of the Master's degree in Mental Health and Psychiatry Nursing taught by the School of Health Sciences , Polytechnic Institute of Leiria , concerning the specialized practice on mental health and psychiatry, held in the context of clinical education, namely mental health and psychiatry interment regarding community background .

All activities undertaken during the clinical instruction were developed and implemented in order respond to the competencies defined by the Nursing Council for the Specialist Nurse in Mental Health.

In clinical instruction concerning psychiatry interment, the main focus was monitoring the patient with mental illness, identifying his needs, developing nursing diagnoses and running the care plan.

Regarding community background, various activities with employees of a company were developed in order to promote mental health in the work environment. In this same clinical instruction a research study, based on a case study on a positive psychotherapeutic intervention performed with a client with depressive symptoms, was developed.

The positive psychotherapeutic intervention has been individually tailored for the client and based on scientific evidence, particularly in positive psychotherapy developed by Martin Seligman. The referred study presented strong indications on the effectiveness of this type of intervention on depressive symptomatology such as the one revealed on the customer studied, verified through observation and analysis of clinical outcome even considering the short period of time that it was applied.

Keywords: Positive Psychotherapy; Depression; Mental Health Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 15

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DE SANTARÉM 16

1.2. CENTRO DE PROCESSAMENTO DE CARNES DA SONAE – SANTARÉM 20

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES 23

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 24

2.1.1. Eixo A – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 25

2.1.2. Eixo B – Competências do domínio da melhoria da qualidade 28

2.1.3. Eixo C – Competências do domínio da gestão dos cuidados 32

2.1.4. Eixo D – Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 36

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 39

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA – ESTUDO DE CASO 57

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 58

3.2. ASPETOS METODOLÓGICOS 67

3.2.1. Desenho do estudo 67

3.2.2. Questão de investigação 68

3.2.3. População e amostra 68

3.2.4. Instrumentos 68

3.2.5. Intervenções de enfermagem 69

3.2.6. Procedimentos formais e éticos 70

3.2.7. Tratamento de dados	<i>71</i>
3.3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS	<i>71</i>
3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES DO ESTUDO	<i>75</i>
4. CONCLUSÃO	<i>78</i>
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<i>80</i>

ANEXOS

ANEXO I	Plano de atividade “Cultive a Paz Interior”
ANEXO II	Plano de atividade “Essência do Ser”
ANEXO III	Grelha de Exame Mental
ANEXO IV	Escala de Hamilton para a Depressão
ANEXO V	Plano 1ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Depressão e Ansiedade”
ANEXO VI	Plano 2ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Situações Felizes”
ANEXO VII	Plano 3ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “O Perdão”
ANEXO VIII	Plano 4ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Portas Abertas”
ANEXO IX	Plano 5ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Atividades Agradáveis”
ANEXO X	Plano 6ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Relaxamento”
ANEXO XI	Consentimento Informado
ANEXO XII	Artigo de investigação para publicação segundo as regras da ASPESM

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Resultados da aplicação da Escala de Hamilton - Depressão

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1 Resumo de catorze sessões de Psicoterapia Positiva (Rashid e Sligman, 2011)

QUADRO 2 Fases do estudo de caso

QUADRO 3 Resumo plano de sessões de intervenção psicoterapêutica positiva

QUADRO 4 Descrição do estudo de caso

INTRODUÇÃO

A enfermagem moderna teve o seu aparecimento em 1860 com Florence Nightingale e desde essa data até aos dias de hoje evoluiu de forma rápida, apresentando-se atualmente como uma profissão e uma ciência. Enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade é a assistência ao ser humano de forma individualizada e holística. De acordo com Horta (1979), a enfermagem é a arte de assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas, de torna-lo independente através do ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular de Relatório de Estágio, do 3º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Este relatório consiste na reflexão crítica de atividades desenvolvidas como enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, bem como na apresentação de um trabalho de investigação desenvolvido no âmbito da prática baseada na evidência, ambos concretizados no período de ensino clínico decorrente no segundo semestre deste curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, entre o dia 4 de março e 12 de julho de 2013.

De acordo com a OE (2010) a enfermagem de saúde mental tem o seu principal foco na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição que podem ser geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. São as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta de outras áreas de especialidade.

Durante todo o percurso da prática especializada bem como na realização do presente relatório está sempre implícita a intenção da melhoria da qualidade dos cuidados de

enfermagem centrados no cliente seja ele um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade.

O relatório tem por objetivo fazer um balanço crítico, reflexivo e fundamentado das atividades desenvolvidas bem como das competências adquiridas no processo de aprendizagem inerente aos ensinos clínicos. Assim, para o mesmo foram traçados os seguintes objetivos: dar a conhecer as experiências que constituíram o aprofundar de conhecimentos, aptidões, atitudes e competências técnicas, científicas e relacionais necessárias para as intervenções da prática especializada em enfermagem de saúde mental em contexto de internamento e comunidade; desenvolver competências na área da investigação, tendo como base a evidência científica.

Por forma a dar visibilidade ao trabalho efetuado, o relatório encontra-se dividido em vários capítulos e subcapítulos. O primeiro capítulo destina-se à caracterização dos contextos da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na qual decorreram os ensinos clínicos, nomeadamente no serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental do Hospital de Santarém, EPE e no Centro de Processamento de Carnes da SONAE em Santarém. No segundo capítulo será realizada uma análise crítica das atividades desenvolvidas durante os ensinos clínicos tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. O terceiro capítulo será constituído pela apresentação da prática especializada baseada na evidência, cujo estudo de investigação se centrou na avaliação do impacto de uma intervenção psicoterapêutica positiva numa cliente com sintomatologia depressiva.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

As constantes e profundas transformações sociais que vivemos colocam os problemas de Saúde Mental como a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbidade nas nossas sociedades (OE, 2008).

De acordo com a WHO (2013) saúde mental é um estado de bem-estar em que um indivíduo pode realizar o seu próprio potencial, lidar com as tensões normais de viver, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade. A manutenção da saúde mental e transtornos mentais são um dos desafios mais significativos para a saúde pública na região da Europa. Os transtornos mentais são considerados pela mesma entidade como compreendendo uma ampla gama de problemas, com diferentes sintomas. Eles são geralmente caracterizados por alguma combinação de pensamentos perturbados, emoções, comportamento e relações com os outros. Alguns exemplos são a depressão, ansiedade, distúrbios em crianças, transtornos bipolares e esquizofrenia, entre outros. Muitas destas desordens podem ser tratadas com sucesso.

Assim, o papel do enfermeiro especialista em saúde mental é de extrema importância tanto no tratamento dos sintomas destes transtornos bem como na promoção e manutenção da saúde mental, quer em contexto de internamento em serviços de psiquiatria e saúde mental como na sua atuação em contexto comunitário. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2010) refere que os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, recuperar e melhorar o seu estado de saúde, ajudando-o desta forma a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. A intervenção por parte dos Enfermeiros Especialistas nesta área produz ganhos em saúde diminuindo significativamente o grau de incapacidade de pessoas que se encontrem a vivenciar processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental.

O processo educativo assenta na articulação entre a teoria e a prática, ou seja, no saber fazer em que a construção de conhecimentos adquiridos é efetuada através da interação e articulação entre a teoria e a prática, pois torna-se um conhecimento mais perene. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas, pelo que a análise reflexiva por parte do formando, no campo das práticas tem toda a pertinência (Mendonça, 2009). Surge então assim a prática especializada em contexto de ensino clínico por forma a dar resposta à aplicação prática da teoria apreendida.

A prática especializada em enfermagem à qual se remete o presente relatório decorreu em contexto de ensino clínico desenvolvido em dois locais diferentes: ensino clínico de enfermagem psiquiátrica, em contexto de internamento e ensino clínico de enfermagem de saúde mental, em contexto comunitário.

As primeiras sete semanas decorreram no serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental do Hospital de Santarém (ensino clínico de enfermagem psiquiátrica, em contexto de internamento). As restantes onze semanas decorreram no Centro de Processamento de Carnes (CPC) da SONAE em Santarém (ensino clínico de enfermagem de saúde mental, em contexto comunitário) proporcionando o desenvolvimento de potencialidades assistindo a pessoa na otimização da sua saúde mental em contexto laboral.

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE

O Hospital Distrital de Santarém, EPE localiza-se a sudoeste da cidade de Santarém e a sua área de abrangência engloba todo o distrito de Santarém nomeadamente os concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém. Possui atendimento em diversas áreas desde serviço de urgência, consultas externas, serviços de internamento de várias especialidades, bloco operatório entre outros, de onde se salienta para este relatório o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Este departamento é constituído pelo Serviço de Internamento, Hospital de Dia, Urgência Psiquiátrica, Pedopsiquiatria e Consulta Externa.

O serviço de internamento de psiquiatria, onde decorreu o ensino clínico, situa-se no primeiro piso do hospital. O regime deste serviço é de “porta fechada”, por forma a evitar fugas de clientes, principalmente associadas aos internamentos compulsivos, e entrada de pessoas estranhas ao mesmo. À entrada encontra-se um dispositivo de abertura de porta, com código de segurança, a que apenas os funcionários, nomeadamente a equipa multidisciplinar do serviço é que têm acesso. Todas as restantes pessoas, como por exemplo outros funcionários do hospital e as visitas dos clientes, necessitam de tocar à campainha que se encontra junto da porta de entrada.

No que diz respeito aos recursos físicos irão ser abordadas as áreas que compõem o serviço. À entrada existe um espaço onde os clientes realizam todas as refeições, bem como as atividades orientadas pela terapeuta ocupacional, enfermeiros ou alunos de enfermagem, como por exemplo, jogos, puzzles, cartas, atividades de pintura, artes plásticas e desenho. Próximo deste espaço, existe uma pequena sala, anteriormente utilizada como um salão de cabeleireiro, que é da responsabilidade da terapeuta ocupacional do serviço onde se podem desenvolver outras atividades, nomeadamente relacionadas com a promoção da autoimagem dos clientes. Ao lado desta sala, encontra-se outra divisão que nos remete para um espaço com sofás, televisão, revistas, matraquilhos e que torna possível o convívio entre os clientes. Existe ainda perto desta sala, um gabinete médico para uso do psiquiatra de serviço. A copa é utilizada sobretudo para as refeições dos profissionais e equipa multidisciplinar.

Neste serviço existem sete enfermarias, com capacidade para cerca de vinte clientes. À saída de cada quarto encontram-se as casas de banho, que são trancadas após os horários dos cuidados de higiene e conforto estipulados pelo serviço.

Existe ainda uma casa de banho para a equipa, um vestiário com cacifos para os funcionários do serviço e uma sala de reuniões, onde se realizam as entrevistas e as sessões de formação em serviço. Também existe uma sala de tratamentos, onde está a terapêutica medicamentosa, que só se encontra aberta aquando da prestação de cuidados de enfermagem, onde é preparada a medicação, avaliados os sinais vitais e realizados tratamentos necessários, enquanto se estabelece uma relação terapêutica com o cliente. Nesta sala é também guardado dinheiro e bens dos clientes que são geridos pelo mesmo, com supervisão do enfermeiro. Ao lado desta situa-se a sala de enfermagem onde estão os processos clínicos e de enfermagem de cada cliente, normas, protocolos do serviço

bem como dois computadores para realização dos registos de enfermagem. É nesta sala que é realizada a passagem de turno. Existe ainda neste serviço, um pátio onde os clientes podem fumar após as refeições e conviver por alguns períodos, podendo contactar com o exterior.

Algumas das salas do serviço estão fechadas à chave para que o acesso dos clientes às mesmas seja controlado, nomeadamente a sala de enfermagem, sala de reuniões, copa, sala de tratamentos e sala de terapias.

No corredor de acesso exterior à entrada do internamento do serviço, existem gabinetes da secretária de unidade, da enfermeira chefe, dos psicólogos e uma biblioteca utilizada para reuniões.

À entrada do hospital, do lado do Hospital de Dia, encontra-se o ginásio do Departamento que para além de ser utilizado pelo referido serviço é também utilizado pela terapeuta ocupacional, alunos de enfermagem ou pelos enfermeiros nas suas intervenções. Este ginásio possui material que permite realizar várias atividades.

Os clientes podem ser encaminhados para a admissão no serviço de internamento de psiquiatria pelos psiquiatras da consulta externa, da urgência psiquiátrica, ou da urgência geral. A maioria dos internamentos são voluntários e apenas uma pequena parte são compulsivos ou involuntários após ordem do tribunal.

De acordo com os dados disponíveis da direção do Departamento de Psiquiatria em 2010 existiram um total de 487 internamentos no serviço, sendo 88 reinternamentos. Relativamente ao sexo, 298 (61%) clientes internados foram do sexo feminino e 189 (39%) do sexo masculino. A duração média do internamento foi de 11,6 dias, com o máximo de 79 dias. Os diagnósticos foram vários, com prevalência para a Perturbação Bipolar (28%), seguida da Depressão Major (20%) e Esquizofrenia (18%) (Departamento de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE, 2011).

A equipa multidisciplinar deste serviço, é constituída por catorze enfermeiros, nove dos quais com o título de especialista em enfermagem de saúde mental; uma terapeuta ocupacional; uma secretária de unidade; duas assistentes sociais; uma psicóloga, duas psiquiatras e oito assistentes operacionais.

O horário das visitas é entre as 17 e as 18.30 horas, no espaço de convívio, duas pessoas por cliente. Se a situação clínica do cliente permitir, a visita de crianças com idade inferior a 12 anos será das 19 às 19.30 horas. É distribuído aquando da admissão do cliente, um panfleto com informações para o mesmo e familiares acerca de regras e princípios organizacionais e de funcionamento do serviço.

O referido serviço encontrava-se em processo de Acreditação de Qualidade em Saúde baseado no modelo da Agência de Qualidade para a Saúde da Andaluzia “*AGENCIA DA CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA*”, entidade referenciada pela Direcção-Geral da Saúde.

Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária nos serviços de saúde. As associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico e em cada uma das profissões envolvidas. A estratégia é sempre o caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, neste caso, dos enfermeiros. A qualidade exige reflexão sobre a prática, por forma a definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados (OE, 2001).

Ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Hospital de Santarém, foi atribuída pelo “*Comité de Certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucía*”, em 11 de Março de 2013, a Acreditação de Qualidade em Saúde, com o nível avançado.

Para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental, neste contexto, foram traçados vários objetivos: um objetivo principal e mais vasto e quatro objetivos específicos.

O objetivo principal deste projeto foi o planeamento das atividades que permitissem desenvolver aptidões, na prestação de cuidados de enfermagem especializados de acordo com as competências definidas pela OMS e regulamentadas em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento 122/ 2011 de 18 de Fevereiro e Regulamento 129/ 2011 de 18 de Fevereiro).

No que diz respeito aos objetivos específicos podemos destacar:

- Conhecer a estrutura física e dinâmica do serviço de Psiquiatria/Pedopsiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém,
- Integrar a equipa Multidisciplinar do serviço de Psiquiatria/Pedopsiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém,
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Saúde Mental nomeadamente na intervenção psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional.
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas.

1.2. CENTRO DE PROCESSAMENTO DE CARNES DA SONAE - SANTARÉM

A Sonae é dos maiores empregadores privados em Portugal, com cerca de 40.000 colaboradores.

O Centro de Processamento de Carnes (CPC) da SONAE é uma das áreas de negócio do grupo e encontra-se localizado na zona industrial de Santarém. A sua atividade consiste na receção, desmancha, fatiamento e posterior embalagem em atmosfera modificada de carnes de bovino, suíno, ovino e caprino.

A empresa emprega neste momento cerca de 480 colaboradores, dos quais 34% são homens e 66% de mulheres. A média de idades dos colaboradores é de 37 anos.

No que diz respeito ao espaço físico a empresa está dividida em dois pisos. O piso 0 (Operação) engloba as seguintes áreas: balneário/fardamento, manutenção, sanificação/lavagem caixas, receção, produção (fatiados/picados), expedição, qualidade e armazéns de consumíveis/condimentos. No piso 1 funciona a direção, recursos humanos, serviços administrativos e financeiros, laboratório, informática, serviço de análise e auditoria, médico e enfermeiro, cantina, sala de convívio e fábrica de cuvetes.

O serviço de medicina do trabalho oferecido pela empresa decorre nas suas instalações e engloba a consulta médica e a prestação de cuidados de enfermagem. Em relação à consulta de medicina do trabalho, decorre às 3^{as} e 5^{as} à tarde sob orientação do Dr. António Nazaré Santos. Por outro lado, os cuidados de enfermagem estão à

responsabilidade da Enf.^a Helena Luís, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, tendo uma carga horária semanal de 4 horas de acordo com a sua disponibilidade.

Os cuidados de saúde oferecidos na consulta de enfermagem englobam a prestação de cuidados gerais e também o acompanhamento de situações que justifiquem os cuidados de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

Para além da consulta de enfermagem, a Enf.^a Helena é a dinamizadora do *projeto* “SMILE” que está a ser desenvolvido desde Janeiro do corrente ano, com a duração de um ano. Este projeto pretende potenciar nas pessoas o seu melhor, o que as faz florescer, transcender-se e viver existências com mais sentido. O foco de atenção deste estudo, centra-se na pessoa e na promoção do seu projeto de vida. O projeto assenta na evidência de que a emoção positiva (felicidade) constitui um dos pilares mais relevante e central do bem-estar. De facto, e de acordo com Paschoal e Tamayo (2008), os principais resultados encontrados na literatura organizacional, que existem em diversos estudos sobre qualidade de vida e stresse no trabalho e que representam conceitos relacionados ao bem-estar, indicam que as oportunidades no desenvolvimento de interesses individuais têm impacto direto e significativo sobre o constructo “Bem-Estar”.

Neste contexto, o que se pretende é proporcionar ao colaborador experiências que promovam o bem-estar e a felicidade, quer numa perspetiva individual quer coletiva. Com base na prática clínica das competências especializadas em saúde mental desenvolve-se um conjunto de intervenções que têm como foco “cultivar” emoções positivas que, quando desenvolvidas de forma eficaz, otimizam o bem-estar subjetivo e psicológico.

As intervenções têm como base uma abordagem cognitivo-comportamental e envolvem, essencialmente, intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas e de suporte psicossocial do tipo expressivo e são desenvolvidas em dois grupos de 20 colaboradores em cada um deles.

Relativamente aos dados epidemiológicos, a empresa não tem registo apurado de baixas por causa psiquiátrica, nem de percentagens de colaboradores com transtornos mentais.

Os colaboradores são acompanhados pela enfermeira de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados pela mesma.

Para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental, em contexto comunitário, foram traçados vários objetivos:

O objetivo principal deste projeto foi planejar as atividades que permitissem desenvolver aptidões, na prestação de cuidados de enfermagem especializados de acordo com as competências definidas pela OMS e regulamentadas em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento 122/ 2011 de 18 de Fevereiro e Regulamento 129/ 2011 de 18 de Fevereiro). No que diz respeito aos objetivos específicos podemos destacar:

- Conhecer a estrutura física e dinâmica do Centro de Processamento de Carnes da SONAE em Santarém;
- Integrar a equipa de multidisciplinar do Centro de Processamento de Carnes da SONAE em Santarém;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Saúde Mental nomeadamente na intervenção psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional;
- Desenvolver atividades específicas na área da promoção de emoções positivas e participar e colaborar no *projeto “SMILE”* em parceria com toda a equipa da SONAE;
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas.

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1998) refere que a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. São reconhecidas então ao enfermeiro, competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Ao enfermeiro especialista, a quem foi atribuído o título profissional, são reconhecidas para além das competências anteriores, competências na área da sua especialidade. Assim, os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

Tendo em consideração a mudança permanente nos contextos da prática, torna-se essencial a constante atualização de conhecimentos e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas sempre com a finalidade da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente.

Os desafios da sociedade do conhecimento e informação, a nova ordem económica, a globalização e competitividade bem como a permanente evolução do mundo do trabalho e das organizações tornam a aprendizagem uma necessidade permanente (Pires, 2005).

Neste contexto pretende-se uma análise crítica e reflexiva acerca do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, analisando as atividades desenvolvidas durante o percurso no ensino clínico e o seu contributo para o processo na prática especializada.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o REPE (1998) o enfermeiro especialista;

“É o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade”.

Através da certificação das competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do cliente e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2009).

Segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, qualquer que seja a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, consideradas competências comuns. A atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve também as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e desenvolver investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem.

De acordo com o mesmo regulamento, as competências comuns do enfermeiro especialista, são as competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Os domínios das competências comuns são quatro: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Serão então, de seguida, analisadas as atividades desenvolvidas e o seu contributo para cada domínio de competência.

2.1.1. Eixo A – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, as competências específicas associadas a este domínio são: A1 – “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, e, A2 – “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

O respeito inalienável pela vida humana em qualquer etapa da vida humana é um dos valores fundamentais que deverão ser salvaguardados pelos enfermeiros, assim as questões éticas, legais e deontológicas devem ser uma constante reflexão na prática de enfermagem.

Em Portugal, a Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro regulariza o Código Deontológico procedendo à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. De acordo com esta Lei as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Os valores universais na relação profissional visam a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional. Acrescenta ainda os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros como a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Os enfermeiros, na sua prática diária, enfrentam desafios nomeadamente na tomada de decisões. A complexidade das situações que podem surgir leva a que o enfermeiro tenha que ponderar diariamente a sua prática. São vários os fatores que podem influenciar nessa tomada de decisão, como as experiências de vida, os valores, as crenças, entre outros. No entanto, o comportamento moral do enfermeiro, como refere Pappas (2006), citado por Townsend (2011), é uma conduta que resulta de um pensamento crítico sério sobre como os indivíduos se devem tratar uns aos outros refletindo o modo como uma pessoa interpreta o respeito básico por outras, respeitando a autonomia, a liberdade, a justiça, a honestidade e a confidencialidade pelo cliente. Assim, e de acordo com o

mesmo autor, os princípios éticos fundamentais que regem a conduta do enfermeiro são a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a verdade e a justiça.

Durante todo o percurso do ensino clínico, nomeadamente no serviço de internamento de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE bem como no CPC da SONAE, o respeito pela individualidade, autonomia e liberdade do cliente foram sempre aspetos presentes no desenvolvimento de atividades com o mesmo. Os princípios da beneficência, não maleficência e justiça foram, também, sempre orientadores da prática desenvolvida. Respeitar um ser humano é acreditar profundamente na sua unicidade e que só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória (Lazure, 1994).

Desenvolver e manter uma relação terapêutica com o cliente engloba todos os aspetos éticos referidos anteriormente. Durante todo o percurso foi possível estabelecer uma boa relação interpessoal com os clientes estabelecendo uma relação de ajuda. De acordo com Lazure (1994), para se poder ajudar de forma adequada o cliente, o enfermeiro deve saber acreditar que o mesmo é o único detentor dos recursos básicos para resolver o seu problema de saúde. Assim, a intervenção do enfermeiro baseia-se em oferecer ao cliente, sem impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como entender, para resolver o seu problema. O papel do enfermeiro é apenas de orientação não tomando quaisquer tipo de decisões nem substituindo o cliente na sua ação, respeitando assim o princípio ético da autonomia.

As estratégias para a resolução de problemas dos clientes foram sempre traçadas em conjunto com os mesmos ou com a participação de familiares ou pessoas significativas se estivessem presentes no processo. A honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões foram sempre aspetos presentes.

Tendo em consideração a autonomia do cliente e a sua consciente tomada de decisão é importante abordar o consentimento informado para a realização de qualquer ato relacionado com a sua saúde. Assim, o processo do consentimento informado deve traduzir-se num período de informação, reflexão, participação e decisão pressupondo o estabelecimento de laços relacionais entre profissionais de saúde e clientes, facilitadores do mesmo. Acompanhar a pessoa, esclarecendo sobre as oportunidades, riscos e dificuldades associadas aos diferentes caminhos é mais do que informar, pressupõe

avaliar a compreensão, ajudar na clarificação, promovendo uma tomada de decisão livre, esclarecida e autónoma (Almeida, 2007). Todas as atividades desenvolvidas com os clientes tiveram como base a informação transparente e o consentimento informado por parte dos mesmos.

Todo o percurso do ensino clínico desenvolveu-se tendo como referência o Código Deontológico do Enfermeiro, sendo que todas as tomadas de decisão foram ponderadas, sempre que possível, com toda a equipa multidisciplinar e com o cliente em questão. Os internamentos compulsivos são reflexo da dificuldade que surge, principalmente no respeito pelo princípio da autonomia. Durante o ensino clínico no internamento de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém várias foram as situações de internamento compulsivo.

De acordo com a Lei nº 36/98 de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental, existem pressupostos para que seja determinado o internamento compulsivo. Assim, o internamento compulsivo só pode ser determinado quando “O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e se recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado” e ainda “pode ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado” (Lei nº 36/98 de 24 de Julho, p. 3546). No entanto este tipo de internamento deve cessar assim que findem os fundamentos que lhe deram causa. Os clientes internados em regime compulsivo, durante o ensino clínico, enquadravam-se nestes parâmetros regulados pela referida Lei, no entanto é de relevar que, neste tipo de casos, o princípio da autonomia não é sempre cumprido na sua totalidade, por não ser possível.

Um outro aspeto a referir é a privacidade dos clientes que nem sempre era possível manter. As enfermarias no internamento de psiquiatria possuíam três camas em cada uma, não permitindo ao cliente a sua total privacidade. Partilhar um espaço tão íntimo com pessoas desconhecidas por vezes tornava-se desconfortável para cada uma delas. Neste contexto, e de acordo com Townsend (2011), o enfermeiro que trabalha em psiquiatria deve garantir a privacidade dos seus clientes com excepcional diligência, sendo importante referir que de acordo com o contexto e espaço físico existente no

serviço. Assim, os clientes passavam o período da noite na respetiva enfermaria e durante o dia deambulavam pelo espaço do serviço, participando em atividades desenvolvidas e tendo acesso ao pátio exterior sob vigilância. No que diz respeito aos aspetos relacionados com a confidencialidade, o enfermeiro tem espaços que pode utilizar com os clientes, quer para entrevistas, quer para intervenções, sem que haja interrupções. Um dos espaços utilizados era a sala de tratamentos mas também poderia ser utilizada a sala de reuniões. Algumas entrevistas realizadas pelos enfermeiros do serviço eram conduzidas na sala de enfermagem, neste caso, não sendo possível um ambiente tão calmo e seguro devido à entrada frequente de profissionais. No que diz respeito ao desenvolvimento desta competência a nível pessoal, foi sempre utilizada a sala de reuniões para desenvolver as entrevistas com os clientes e familiares. Este espaço permitia uma maior privacidade e confidencialidade pois era pouco utilizado por outros profissionais. Algumas das intervenções desenvolvidas com os clientes do serviço decorreram também nesta sala, mudando a disposição da mesma, de forma a proporcionar um ambiente o mais adequado possível para o desenvolvimento da atividade.

No que diz respeito ao ensino clínico desenvolvido no CPC da SONAE, estes aspetos de privacidade e confidencialidade eram mais fáceis de cumprir devido às próprias condições físicas e do tipo de ambiente laboral. Cada colaborador ia, individualmente, às consultas de enfermagem que decorriam em gabinete próprio e à porta fechada.

2.1.2. Eixo B – Competências do domínio da melhoria da qualidade

As competências específicas, segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro, para este domínio são: B1 – “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; B2 – “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” e B3 – “Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro”.

Tendo em consideração os crescentes desafios que se colocam ao sector da saúde é imperativa a melhoria da qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam aos seus clientes. Neste sentido tem sido estimulada a aplicação de ferramentas de qualidade, por entidades de renome internacional, verificando-se uma massificação da sua utilização.

Assim, e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), a necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como por exemplo a Organização Mundial de Saúde ou o conselho Internacional de Enfermeiros. A nível nacional está presente em organizações como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. A qualidade em saúde é uma tarefa multidisciplinar na qual o papel do enfermeiro é preponderante.

Neste sentido, em Dezembro de 2001 o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Este documento constitui-se como um referencial à luz do qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão acerca do seu exercício profissional, que deve conduzir à melhoria contínua dos cuidados prestados à população.

Em 2005 começou a ser aplicado o Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, iniciativa do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, visando promover, nas instituições aderentes, a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tendo como base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE em 2001.

De acordo com Ribeiro e outros (2008) a melhoria contínua e sistemática dos cuidados baseia-se em alguns princípios gerais, que se devem ter sempre em consideração, nomeadamente: as experiências, necessidades e opiniões dos utentes que devem ser utilizadas regularmente; deve ser uma parte integrante do trabalho diário dos profissionais; é uma responsabilidade profissional de todos os prestadores; não deve ser utilizado de forma punitiva mas sim em forma de auto avaliação e auto regulação; deve haver preferencialmente uma abordagem multiprofissional; deve basear-se numa abordagem positiva e numa liderança empenhada; não se deve basear em suposições mas sim na formulação de objetivos de qualidade e na recolha de informação e deve basear-se também nas metodologias e princípios científicos.

O papel do enfermeiro especialista é muito importante quer na dinamização, quer na participação em projetos com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados aos clientes.

Na Unidade de Internamento de Psiquiatria do Hospital de Santarém foi possível participar ativamente na elaboração de um instrumento para a melhoria contínua da qualidade, nomeadamente a padronização dos cuidados de enfermagem inerentes à técnica de ElectroConvulsivoTerapia (ECT), uma vez que foi verificada a ausência de sistema padronizado que permitisse a monitorização das intervenções de enfermagem na realização da mesma. Considerando que um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem refere-se à organização dos cuidados de enfermagem e que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2009: p. 15), foi elaborada a respetiva padronização tendo como referencial este enunciado.

Foi igualmente elaborada uma *check list* dos cuidados de enfermagem inerentes à realização da técnica de ECT para que fosse possível realizar e registar adequadamente as intervenções de enfermagem realizadas. Considerando que a técnica de ECT não era realizada na instituição, as intervenções de enfermagem identificadas estavam inerentes ao pré e pós ECT.

Foi também elaborado um questionário para avaliar a satisfação dos profissionais. O referido questionário destinava-se a obter dados para avaliar o grau de satisfação com o trabalho, dos profissionais de saúde do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, EPE. De facto, a satisfação dos profissionais tem vindo a ser considerada cada vez mais importante e diretamente associada à produtividade e à realização pessoal dos mesmos. De acordo com Mezomo (2001), citado por Moura, Brás e Anes (2012), uma organização que possui profissionais satisfeitos, tem vantagens e potencial acrescido, atraindo os melhores, reduzindo a rotatividade de pessoal e conseqüentemente aumenta a produtividade, reduz os custos, melhora a imagem perante a comunidade e ganha competitividade.

Estas atividades desenvolvidas enquadram-se no processo de aquisição de idoneidade formativa a decorrer no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Este processo de certificação, e de acordo com o Regulamento nº 167/2011 de 8 de Março, estabelece os princípios, a estrutura e os processos de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e da certificação de competências do Supervisor Clínico em Prática Tutelada em Enfermagem (PTE), no âmbito do Sistema de Certificação de

Competências da Ordem dos Enfermeiros, independentemente de se estar no Exercício Profissional Tutelado (EPT) ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT).

Ainda na perspetiva da melhoria da qualidade, pode-se englobar a formação em serviço. De acordo com Mendonça (2009) a formação e desenvolvimento profissional apontam para a necessidade do indivíduo “querer ser” competente, criando estratégias para promover a qualidade do seu exercício e referindo Dias (2004:58), “a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a atualização)”. Assim, o enfermeiro educa-se e desenvolve as suas aptidões, conhecimentos e melhora as suas qualificações técnicas e profissionais. No serviço de internamento de psiquiatria do HDS, EPE, a formação em serviço teve como tema a apresentação do Padrão de Qualidade, bem como a *check list* anteriormente referida, aos enfermeiros do serviço e a discussão aberta sobre o tema. Este foi um momento de reflexão, quer da prática dos cuidados de enfermagem, quer da sua melhoria.

Na procura da melhoria dos cuidados de enfermagem, no serviço de internamento de psiquiatria do HDS, EPE, foram consultadas normas e procedimentos existentes no mesmo bem como realizada pesquisa bibliográfica que desse suporte a essa mesma melhoria. Assim, foi possível, de uma forma mais rápida e eficaz, identificar, organizar e prestar cuidados de qualidade.

O estudo de caso realizado neste serviço permitiu também uma reflexão mais aprofundada sobre os diagnósticos de enfermagem e as intervenções a realizar. O mesmo recaiu sobre um caso de vários internamentos de uma jovem, em cada um deles com diagnóstico médico diferente. Tornou-se um caso aliciante de analisar devido a esse fato e a como identificar as intervenções de enfermagem mais adequadas face aos problemas identificados, sem nos basearmos apenas no diagnóstico médico. No serviço é utilizada a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (versão Beta 2) mas para o estudo de caso, a ser posteriormente apresentado em meio académico para a reflexão de grupo (na ESSLei), foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, versão 2) quer nos diagnósticos, como nas intervenções, e nos resultados obtidos. A CIPE® promove a enfermagem e a saúde em todo o mundo, facultando uma linguagem unificada em enfermagem para a documentação no ponto de

prestação de cuidados (CIPE®2, 2011). De facto, trata-se de uma ferramenta simples de consultar e que facilita quer a identificação dos problemas, quer as intervenções a realizar ou os resultados obtidos.

Na perspetiva da melhoria da qualidade podemos englobar também as intervenções realizadas no CPC da SONAE pois visam a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores fornecendo-lhes ferramentas eficazes para lidarem com as suas situações de stresse em meio laboral bem como no seu enquadramento na comunidade. Assim, todas as atividades desenvolvidas neste espaço, tinham como objetivo a criação de estratégias de *copping* por parte dos funcionários, com o apoio e orientação de enfermagem.

A criação de um ambiente terapêutico e seguro é também fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, assim em todas as intervenções realizadas a preocupação com este aspeto foi uma constante. De acordo com Townsend (2011) a relação terapêutica é a interação que se estabelece entre duas pessoas (normalmente um prestador de cuidados e o cliente que os recebe) na qual a colaboração dos dois participantes contribui para um clima curativo, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença. Assim, num primeiro contato o enfermeiro é um estranho para o cliente tornando-se de extrema importância o trabalho realizado para que se estabeleça uma adequada relação terapêutica. A comunicação assume um papel fundamental no estabelecimento desta relação. O enfermeiro recorre ao uso de técnicas verbais e não-verbais focando-se nas necessidades do cliente a quem é prestado o cuidado e aceleram a promoção da cura e da mudança. A comunicação terapêutica encoraja a exploração de sentimentos, fomenta o entendimento da motivação comportamental, não deve ser crítica, desencoraja a atitude defensiva do cliente e promove a confiança (Townsend, 2011). É importante saber escutar, anotar todas as informações pertinentes e saber dar feedback por forma a ajudar o cliente numa modificação comportamental.

2.1.3. Eixo C – Competências do domínio da gestão dos cuidados

As competências específicas, segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, para este domínio são: C1- “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”; C2-

“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. As intervenções de enfermagem podem-se distinguir em dois tipos: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). As intervenções de enfermagem visam essencialmente a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde. Assim, o papel do enfermeiro assume-se como pivot no contexto da equipa nomeadamente na gestão dos recursos de saúde, promovendo paralelamente, a aprendizagem de forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde (OE, 2009).

As intervenções de enfermagem necessitam então de algo de lhe confira uma estrutura sistemática, orientada para os objetivos e com a finalidade de prestar ao cliente cuidados de qualidade. Assim o processo de enfermagem surgiu, há muitos anos, como um meio de dar cumprimento ao requisito do uso de metodologia científica de modo a ser considerada uma profissão, sendo também uma ferramenta poderosa na gestão e prestação de cuidados (Townsend, 2011). É através deste processo sistemático e dinâmico que o enfermeiro, interagindo com o cliente, recolhe e analisa informações sobre o mesmo. Os dados recolhidos podem incluir as dimensões física, psicológica, sociocultural, espiritual, cognitiva, capacidades funcionais, de desenvolvimento, económicas e estilos de vida (ANA, 2004, citado por Townsend, 2011), ou seja, uma visão holística do cliente em oposição ao modelo biomédico que se foca na patologia e na bioquímica.

A recolha de dados é então, um passo imprescindível neste processo. O enfermeiro deve recolher o máximo de informação possível para que se possa elaborar um diagnóstico de enfermagem, se planeiem e executem as intervenções, se faça uma avaliação dos resultados e se discutam novas formas de intervenção se necessário. Desta forma o enfermeiro assume um papel fundamental na gestão dos cuidados a prestar aos seus clientes.

No Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, foi possível realizar várias entrevistas de acolhimento tendo como objetivo esta recolha sistemática de dados. Na entrevista, se possível, estava presente o familiar de referência, onde eram recolhidos vários dados do cliente. A reunião da informação servia de base para determinar qual o melhor cuidado possível para o cliente. Para além desta entrevista, a obtenção de dados também podia provir de outras fontes como por exemplo consultas com outros profissionais, leitura de registos anteriores do cliente, caso existissem e também através do exame físico de enfermagem. Neste serviço aplicava-se uma grelha de exame mental bastante completa, fazia-se o genograma familiar e o ecomapa, se possível, e posteriormente elaboravam-se os diagnósticos de enfermagem, com base na CIPE Beta 2 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), existente no programa informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), existente no serviço. A grelha de exame mental é uma ferramenta que nos permite avaliar o comportamento dos clientes no momento da entrevista. Fornece um registo objetivo podendo ser utilizado quer para o diagnóstico, como para a avaliação do curso da doença e para a subsequente resposta ao tratamento (Trzepacz e Baker, 2001).

O exame mental deve ser posterior ao exame físico do cliente e deve abordar os seguintes pontos: apresentação, motricidade, postura, expressão facial, contato, humor, linguagem, pensamento, percepção, consciência e orientação, memória e funções biológicas vitais. As informações obtidas durante o exame do estado mental são usadas em conjunto com outros dados recolhidos, que incluem o exame físico, resultados de exames laboratoriais, história do cliente, descrição do problema apresentado e informações recolhidas com a família, com os responsáveis pelos cuidados e com outros profissionais da saúde de forma a ser possível ao enfermeiro formular diagnósticos de enfermagem e planear a assistência ao cliente (Stuart & Laraia, 2001). Esta ferramenta permite ao enfermeiro gerir de forma adequada os cuidados aos clientes, na medida em que facilita uma avaliação adequada da situação clínica dos mesmos.

A cada turno os resultados das intervenções eram avaliados e reformulados se necessário de acordo com as necessidades do cliente.

Todas as semanas a equipa multidisciplinar reunia-se para discussão de casos e para decidir quais as diferentes intervenções a aplicar nas diferentes áreas de atuação. O conhecimento da atuação de todos os intervenientes permite ao enfermeiro uma melhor

adequação dos seus cuidados e uma gestão do plano terapêutico. Os enfermeiros deverão estar preparados para avaliar recursos tecnológicos, organizacionais e humanos e desenvolver competências, conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para planejar, organizar, dirigir, controlar o conhecimento nas organizações (Ruthes & Cunha, 2009), assim durante o percurso no ensino clínico foi possível atuar em áreas específicas da gestão permitindo sempre uma melhoria dos cuidados de enfermagem e obtendo ganhos em saúde. A integração na equipa multidisciplinar e a utilização de uma comunicação eficaz no seio da mesma foi um aspeto importante, recorrendo a instrumentos de avaliação de necessidades dos clientes, de modo a promover a qualidade dos cuidados.

O estudo de caso, em contexto de internamento, elaborado envolveu a entrevista inicial para recolha de dados, com a presença do familiar de referência, a identificação dos problemas, elaboração dos diagnósticos de enfermagem, no meu caso tendo recorrido à versão CIPE® 2, planeamento das intervenções e sua aplicação e avaliação dos resultados e reformulação, quando necessário.

O estudo de caso, em contexto comunitário, envolveu a entrevista inicial com a cliente, que foi referenciada por um superior hierárquico, onde foram recolhidos os dados. Posteriormente foi elaborado um plano de seis sessões de intervenção psicoterapêutica, com pesquisa bibliográfica sobre o tema psicoterapia positiva. Foi então elaborado o referido plano com adaptações ao diagnóstico de enfermagem elaborado com base nas necessidades identificadas na cliente. Foi feita articulação com a consulta médica do Dr. Nazaré, que estabeleceu um plano terapêutico para a cliente a ser implementado em conjunto com as intervenções de enfermagem.

A liderança em enfermagem é um processo por meio do qual uma pessoa, que é o enfermeiro, influencia as ações de outros para o estabelecimento e para o alcance de objetivos o que implica definir e planejar a assistência de enfermagem num cenário interativo (YURA et al., 1981, citado por Trevizan e outros, 1998). Estes aspetos foram instrumentos utilizados diariamente na prática de enfermagem com vários objetivos desde a implicação da equipa multiprofissional utilizando os recursos de uma forma eficiente, até à satisfação completa das necessidades sentidas pelos clientes de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

De acordo com o REPE (1998), os enfermeiros, na sua área de atividade, dão contributos para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria. Nesta área específica foi sentida alguma dificuldade principalmente na área da investigação, docência e assessoria. Como aluna em ensino clínico mostrou-se insuficiente o tempo para que se pudessem organizar, planear e executar algumas intervenções nestas áreas de atuação do enfermeiro.

As formações em serviço, foram adequadas às necessidades sentidas em ambos os campos de estágio. No serviço de internamento de Psiquiatria do HDS, como mencionado anteriormente, foi identificada a necessidade de elaborar um instrumento para a padronização dos cuidados de enfermagem relacionados com a técnica de ECT, pelo que, foi elaborado o referido instrumento e realizada formação em serviço sobre o mesmo, com recurso a técnicas expositivas, e discussão final do mesmo sempre numa perspetiva de melhoria continua e de gestão dos cuidados.

A formação em serviço realizada no CPC da SONAE, foi dirigida a chefias intermédias e chefias operacionais de todas as secções do mesmo, e teve como objetivos: aumentar conhecimentos sobre perturbações psiquiátricas; esclarecer sobre comportamentos que os colaboradores podem apresentar; orientar sobre encaminhamento dos colaboradores que apresentem comportamentos disfuncionais; promover a interligação entre os vários setores do CPC nomeadamente na área do fabrico, recursos humanos e equipa de saúde. Desta forma pretendeu-se aplicar estratégias de motivação na equipa para um desempenho diferenciado na abordagem com os seus colaboradores com alterações do foro mental. Foi então possível dar resposta às competências referidas no regulamento para este domínio na medida em que foram identificadas as necessidades em formação da equipa de trabalho intervindo por forma a melhorar a informação para o processo de cuidar.

2.1.4. Eixo D – Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio específico de competências, o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, define como competências específicas: D1 – “Desenvolve o

autoconhecimento e a assertividade”; D2 – “Baseia a sua praxis especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

O objetivo do enfermeiro é, de acordo com Stuart e Laraia (2001), permitir que o cliente se adapte como indivíduo único ao stress que está a vivenciar, sendo assim um agente terapêutico. Assim, o enfermeiro tem em si a principal ferramenta na prestação de cuidados de qualidade, tornando o autoconhecimento e a autoanálise o primeiro elemento fundamental que deve constituir o mesmo.

Durante todo o percurso do ensino clínico a reflexão foi um instrumento utilizado regularmente, quer para reflexão da prática especializada quer para crescimento pessoal e individual. A autoanálise teve para essas reflexões um papel preponderante, fazendo diariamente uma reflexão sobre o percurso como pessoa, como enfermeira e como futura enfermeira especialista.

Historicamente, a formação de Enfermagem passou pela adoção de comportamentos não assertivos. Era esperado que as enfermeiras fossem passivas, submissas, omitindo as próprias opiniões e sentimentos. A assertividade não pode ser considerada um traço de personalidade ou inata ao ser humano, na profissão de enfermagem ela deve ser aprendida e desenvolvida através de um treino sistemático sendo o objetivo final atingir uma comunicação sem violar os seus próprios direitos, nem os dos outros (Costa, 2009).

Angel e Petronko (1983) citados por Costa (2009) elaboraram um modelo conceptual de assertividade para os profissionais de enfermagem que consiste numa série de direitos assertivos, sendo eles o:

- Direito a ser tratado como um membro efetivo da equipa multidisciplinar;
- Direito a efetuar ensinamentos para a saúde, com vista a promover o bem-estar e a independência dos clientes;
- Direito a tomar as decisões respeitantes à equipa de enfermagem ou equipa multidisciplinar;
- Direito a que lhe seja atribuído uma quantidade de trabalho de acordo com a sua capacidade de resposta”.

Durante o percurso profissional como enfermeira a trabalhar numa Unidade de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria foi possível o desenvolvimento desta

competência. O treino da assertividade torna-nos capazes para trabalhar neste contexto. No decorrer do ensino clínico foi, mais uma vez, de extrema importância a postura assertiva. Ela torna o contato com os clientes mais facilitado e permite que no seio da equipa multidisciplinar se tomem decisões ponderadas.

Para todas as intervenções realizadas, quer no serviço de internamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, quer no CPC da SONAE, foi realizada pesquisa bibliográfica que fundamentasse as referidas intervenções e aprofundasse o conhecimento sobre as mesmas aplicando assim, na prática a evidência científica.

Relativamente às formações em serviço, realizadas em ambos os campos de estágio foram identificadas as necessidades de formação e realizadas formações em serviço de acordo com as mesmas. Os temas apresentados em cada uma delas, já mencionados nos capítulos anteriores basearam-se numa pesquisa bibliográfica cuidada e aprofundada sobre os temas a apresentar.

A experiência profissional e os processos de aprendizagem inerentes à prática são essenciais para o desenvolvimento das competências, nem sempre adquiridas na formação inicial, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional.

Relativamente a este aspeto Canário (1997, p. 9) refere que:

“a revalorização e a descoberta do potencial formativo das situações de trabalho propiciam a produção de estratégias, dispositivos e práticas de formação que valorizam fortemente a aprendizagem por via experiencial e o papel central de cada sujeito num processo de autoconstrução como pessoa e como profissional.”

Na formação em serviço realizada no Serviço de Internamento do HDS foi utilizado o resumo mínimo de dados, documento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros em 2007, pretendendo-se através do mesmo um quadro de referência para a construção de indicadores da qualidade e produtividade em enfermagem; o sistema de informação e documentação de Enfermagem que deem suporte à decisão política e garantia da segurança e qualidade dos cuidados e ainda o sistema de informação em enfermagem (SIE) onde constam princípios básicos da arquitetura e principais requisitos tecnológico-funcionais. Estes indicadores são concebidos como marcadores específicos

do estado de saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (OE, 2007).

Na formação em serviço realizada no CPC SONAE, foi realizada uma pesquisa bibliográfica cuidada acerca da área de psicopatologia e adaptada ao público-alvo, que não sendo da área da saúde, foi necessário adaptar termos e métodos de apresentação do tema de forma simples e concisa. O resultado obtido, no final da sessão, foi gratificante, pois foram apresentadas apenas algumas dúvidas de teor um pouco mais específico. De uma forma geral, a apreciação dos participantes foi bastante positiva e sentiram-se muito mais esclarecidos sobre os temas abordados.

Ainda no sentido do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi realizada uma formação, fora do contexto do ensino clínico, com o objetivo de aumentar as competências como enfermeira especialista. A formação foi sob o tema “Terapia do Riso” e decorreu nos arredores de Coimbra em ambiente rural e descontraído.

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

De acordo com o Regulamento 122/2011 de 18 de fevereiro, o perfil das competências comuns e específicas tem como objetivo prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar da prática do enfermeiro especialista. As competências específicas, de cada área de especialidade estão definidas em regulamento próprio, sendo que no caso das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, estão descritas no Regulamento 129/2011 de 18 de fevereiro.

De acordo com o referido Regulamento a enfermagem de saúde mental tem o seu foco principal na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadequadas aos processos de transição, que podem ser geradores de sofrimento, provocarem alteração ou até mesmo doença mental.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e

capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

No que diz respeito às competências específicas, o Regulamento 129/2011 de 18 de fevereiro define que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental: F1 “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa, enfermeiro, mercê de vivências e processo de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”; F2 “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”; F3 “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” e 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”.

Assim, neste capítulo serão apresentadas todas as intervenções realizadas, durante a prática especializada, para o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

O uso de teorias na Enfermagem gerou um movimento na profissão em busca da autonomia e da delimitação das suas ações, o que fomentou o desejo nos enfermeiros de conhecer a sua verdadeira natureza e construir a sua identidade. A busca dessa especificidade resultou na formalização de conceitos e teorias, os quais passaram a ser encarados como o instrumento adequado para direcionar a enfermagem na busca dos seus limites de atuação em relação a outros profissionais (Almeida, Lopes e Damasceno, 2005).

Uma das teorias considerada como referência para a prática da enfermagem e, sobretudo para o processo de comunicação em enfermagem, é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. A teórica visualizou o fenômeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centralizado na enfermeira e no cliente. Neste sistema, ela pretende identificar conceitos e princípios que suportem as relações interpessoais processadas na prática da enfermagem, de modo

que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Peplau, influenciou profundamente a enfermagem a ponto de ela ser considerada a “enfermeira do século” e destacada, na área da psiquiatria, como “a mãe da enfermagem psiquiátrica”. Por estas razões será abordada em várias situações.

F1 *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa, enfermeiro, mercê de vivências e processo de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”*

O instrumento para a prestação do processo de enfermagem interpessoal como o uso terapêutico de si foi descrito por Travelbee (1971), citado por Townsend (2011), como a “capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem”.

O uso terapêutico de si, revela-se muito importante e requer que o enfermeiro tenha uma grande autoconsciência e autoconhecimento e que tenha atingido uma crença filosófica sobre a vida, a morte e a condição humana em geral (Townsend, 2011). As capacidades que chamamos de inteligência emocional, como refere Goleman (2012), incluem o autocontrole, o zelo e a persistência bem como a capacidade de nos motivarmos a nós mesmos.

É de extrema importância que o enfermeiro especialista em saúde mental seja capaz de compreender o que significa trazer inteligência à emoção, como fazê-lo podendo ajudar a trazer cognição ao domínio do sentimento (Goleman, 2012). Não é possível, de todo, dissociar o enfermeiro, como prestador de cuidados, da pessoa que é na sua essência. Mas é possível utilizar um conjunto de técnicas de forma a lidar com alguns aspectos importantes.

Vários são os instrumentos que se podem utilizar para desenvolver o autoconhecimento pois existem determinadas características que desconhecemos conscientemente. Um exemplo é a *Janela de Johari*, que ilustra o processo de dar e receber feedback, em que através de um pequeno questionário podemos formar uma ideia clara de muitos dos nossos comportamentos no relacionamento interpessoal, relacionando-se com uma avaliação da forma como nos colocamos na relação com os outros. É possível aumentar

a autoconsciência sobre “aquilo que sei a meu respeito”, “aquilo que desconheço a meu respeito”, “aquilo que os outros sabem a meu respeito e ainda “aquilo que os outros desconhecem a meu respeito”. O objetivo principal é explicar algumas diferenças nas áreas da personalidade, levando a uma procura de alteração de comportamento de forma a melhorar as relações interpessoais (Fritzen, 1978, p11).

Um outro exemplo é a Análise Transacional que se baseia na teoria de que as vivências da infância, coexistem na idade adulta, como estados do Eu (ego) completos. Eric Berne (1971), citado por Aguilar (1999), considera que para compreender melhor o homem podemos dividir a sua personalidade em três partes denominadas Estados do Eu. Estes são sistemas de pensamentos, de comportamentos e de emoções, em interação com o meio (indivíduo, família, grupo, escola, empresa, etc.). A avaliação da realidade é função dos diversos estados do Eu que integram a personalidade. Através dela é possível compreender a complexidade das relações e da comunicação, nas diferentes fases da vida pessoal e socioprofissional do ser humano, conduzindo o indivíduo a libertar-se dos mecanismos automáticos que lhe foram necessários à sobrevivência, mas que hoje podem ser limitadores e causarem insatisfação (Aguilar, 1999). Estas ferramentas para além de serem usadas para o autoconhecimento do enfermeiro são também utilizadas com os clientes como terapêuticas. Assim, e de acordo com o mesmo autor, o Eu é a parte mais acessível do nosso psiquismo e pode dividir-se em três partes como já referido anteriormente: o estado do Eu Pai, Eu Adulto e Eu Criança, podendo estas serem identificadas no nosso comportamento quando interagimos com as pessoas à nossa volta.

Os instrumentos referidos anteriormente foram utilizados durante o percurso no primeiro semestre do curso de mestrado o que permitiu um conhecimento mais aprofundado de nós próprios enquanto pessoas e enquanto profissionais. O enfermeiro tem em si mesmo a sua principal ferramenta, de modo que a autoanálise é o primeiro elemento na dispensa de cuidados de enfermagem de qualidade.

Existem então, algumas qualidades essenciais para que seja possível ajudar os outros. Essas qualidades são características necessárias para todos os enfermeiros que desejem ter uma função terapêutica.

Os enfermeiros que se preocupam com as necessidades biológicas, psicológicas e socioculturais dos clientes, deparam-se, diariamente, com uma ampla faixa de experiências humanas: devem aprender a lidar com a ansiedade, a raiva, a tristeza e a alegria. Campbell (1980) identificou um modelo holístico de autoconsciência na enfermagem, que consiste em quatro componentes interligadas: a psicológica (emoções, motivações, autoconceito e personalidade), a física (conhecimento da fisiologia pessoal e geral, sensações corporais, imagem corporal e potencial físico), a ambiental (ambiente sociocultural, relacionamentos com os outros e conhecimento do relacionamento entre o ser humano e a natureza) e a filosófica (relacionada com o sentimento de significado da vida).

Desenvolver a consciência de nós próprios pressupõe também o esclarecimento dos nossos valores. Segundo Townsend (2011) conhecermo-nos a nós próprios aumenta a capacidade de formar relações interpessoais satisfatórias. O sistema de valores de cada indivíduo é estabelecido muito cedo na vida, é culturalmente orientado e pode alterar-se diversas vezes ao longo da vida, consistindo em crenças, atitudes e valores. Reconhecer a singularidade de cada um de nós significa igualmente aceitar a singularidade e diferença nos outros também. Este conceito é importante na enfermagem em geral mas essencial na enfermagem de saúde mental.

Durante a prática especializada nos diferentes contextos (Serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental do HDS, EPE e CPC da SONAE), os exercícios de autoanálise foram uma prática constante tendo sido aplicados nas reflexões semanais que foram desenvolvidas em cada um dos contextos. Estas reflexões fizeram parte do *portfólio* realizado no final da prática especializada. O uso do *portfólio*, pode constituir também um instrumento que conduz à descoberta individual e servir de ferramenta proporcionando a junção do conhecimento pessoal ao suporte científico através das pesquisas para a realização de diferentes atividades.

É, então, a pensar criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática (Freire, 2005). O enfermeiro constrói-se a si mesmo como um ser reflexivo, ético e criativo capaz de refletir, criticamente a sua formação, principalmente quando se encaminha para uma perspetiva dinâmica onde a educação se faça a partir das representações simbólicas deste, ao perceber-se o crescimento ao longo do curso da prática especializada em enfermagem.

Esta reflexão e espírito crítico permitiram a manutenção saudável de uma relação terapêutica com os clientes, gerindo os fenómenos de impasses terapêuticos como a resistência, transferência, contratransferência ou até mesmo a transgressão de limites.

Os relatórios das atividades desenvolvidas com os clientes foram também importantes neste processo pois facilitaram a monitorização de reações corporais, expressão de sentimentos e respostas comportamentais com o objetivo de conseguir manipulá-los e controlá-los de forma a assumirem um benefício para a relação terapêutica.

A discussão com outros colegas acerca das atividades desenvolvidas com os clientes foi de igual forma importante permitindo que um observador externo também monitorizasse as nossas reações, expressão de emoções e sentimentos com o objetivo final de melhorarmos a nossa prestação. Foi de igual modo importante o debate sobre os mesmos temas quer com a enfermeira orientadora (Enf^ª Helena Luís) quer nas reuniões quinzenais na ESSLei com os colegas de curso e os professores orientadores da prática especializada.

F2 *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”*

A prática contemporânea da enfermagem psiquiátrica é um processo interpessoal que promove e mantém um comportamento no cliente, contribuindo para o seu funcionamento integrado, tal como refere Stuart e Laraia (2001). De acordo com os mesmos autores o cliente pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma comunidade.

As funções do enfermeiro especialista em saúde mental estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da doença, na ajuda ao cliente para enfrentar as pressões na doença mental e na capacidade de assistir o indivíduo, família ou comunidade, (Villela & Scatena, 2004) ajudando-os a encontrar o sentido da otimização da sua saúde mental.

Assim, o enfermeiro recolhe informação para elaboração de um diagnóstico de enfermagem, avaliando as necessidades em saúde mental dos seus clientes; elabora, desenvolve e implementa projetos de promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos e finalmente avalia o grau de eficácia desses mesmos programas e reformula-os se necessário.

Durante a prática especializada no serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental do HDS, EPE, foram realizadas várias intervenções com o objetivo da otimização da saúde mental do cliente.

Uma das intervenções realizadas foi a sessão de automassagem tendo como objetivo que o cliente fosse capacitado para agir em benefício próprio sendo-lhes fornecidas as ferramentas essenciais para o fazer. Neste caso, atuar em situações de stresse, tensão, ansiedade ou outros motivos orgânicos, de forma a melhorar o seu estado geral. Um outro objetivo era fazer do cliente um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo (Justo & Calil, 2004 citado por Figueiredo e outros, 2009).

A intervenção socioeducativa ou socioterapêutica, foi outra das intervenções realizadas, sendo uma prática dedicada à capacitação dos sujeitos em grupo, que ocorre pela explicitação de elementos identitários comuns dispersos entre todos e a vivência do processo de ação-reflexão-ação. A consciencialização e reflexão ocorrem num processo de aprendizagem através da vivência grupal. Soluções realistas e transformadoras para aquele grupo são encontradas no contexto social do grupo (Marra 2004, 2009 citado por Fleury, 2009).

O relaxamento foi outra das intervenções realizadas no âmbito da prática especializada no serviço de internamento do HDS, EPE. Existem vários tipos de relaxamento pelo que devem ser avaliadas as necessidades e características dos clientes para saber qual o mais adequado a aplicar.

O relaxamento é normalmente associado ao alívio da tensão e alongamento das fibras musculares em oposição à contração que acompanha a tensão muscular. Numa visão mais alargada e segundo Ryman (1995) citado por Payne (2003) o relaxamento é caracterizado como um estado de consciência em que surgem sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo. Esta é uma técnica que pode ser utilizada pelos clientes no domicílio e promove o empoderamento, a saúde mental e pode prevenir ou reduzir o risco de doença mental.

As técnicas de relaxamento utilizadas neste contexto foram as técnicas de relaxamento de Jacobson e o relaxamento Autogénico. O trabalho de Jacobson baseia-se então na

fusão das abordagens tensão-distensão e passiva. O relaxamento progressivo oferece assim uma maneira de identificar determinados músculos e grupos de músculos e diferenciar as sensações de tensão e relaxamento profundo. O relaxamento Autogénico consiste numa abordagem que deriva da auto-hipnose, remontando aos anos trinta, quando o Psiquiatra Johannes Schultz descobriu que alguns clientes tinham aprendido a entrar num estado alterado de consciência concentrando-se em imagens de peso e calor, dando a sensação de terem saído beneficiados em termos da sua saúde mental (Payne, 2003).

No contexto da prática especializada no CPC da SONAE, também foram realizadas atividades que dão resposta à aquisição desta competência específica. No âmbito do *projeto “SMILE”* a decorrer na instituição sob orientação da enfermeira Helena Luís, foi possível participar ativamente no planeamento e realização de dois *workshops* que se enquadram na promoção e otimização da saúde mental.

O primeiro *workshop* foi sob o tema “Cultive a Paz Interior” e que englobava um conjunto de várias atividades que foram planeadas previamente e de acordo com um guião. O objetivo principal era promover o relaxamento e ao mesmo tempo permitir aos clientes que se centrassem em si próprios e refletissem o quanto necessitavam de despende de tempo para a promoção da sua própria saúde mental (Anexo I).

O segundo *workshop* teve o tema “A Essência do Ser” e foi ao encontro de necessidades identificadas nos colaboradores do CPC. O objetivo principal foi promover a relação com o Eu interior e com o outro. Foi realizado de acordo com um guião específico e personalizado com várias atividades selecionadas pelas coordenadoras (Anexo II).

Estas atividades integraram assim, as intervenções de promoção da saúde mental no local de trabalho visando a redução de fatores de stresse, gestão de conflitos e comportamentos desajustados, intervindo de forma precoce.

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

A atitude do enfermeiro, perante o cliente, segundo Amaral (2010), consiste em observar, analisar e sintetizar de forma a poder programar, executar e avaliar as

prescrições de enfermagem assumindo assim uma atitude profissional. O enfermeiro neste contexto, em vez de estabelecer problemas de enfermagem ao cliente, em vez de identificar aquilo que alegadamente, o individuo necessita, trabalha-o a nível do consciente, de acordo com a realidade de todos os dias, realçando o seu papel no poder de observação das reações do individuo tal como por ele são vividas, de forma a dar-lhe uma resposta adequada, restabelecendo o nível de harmonia, antes existente.

De acordo com o mesmo autor, a atuação do enfermeiro é baseada na prescrição de intervenções de enfermagem que envolvem as relações interpessoais com os clientes/familiares e restantes elementos da equipa e sociedade em geral, através das mais variadas interações e transações que, diariamente, desenvolvem nas suas atividades.

Desta forma, durante a prática especializada, foram identificadas necessidades específicas do cliente quer fosse ele o individuo, a família, o cuidador, o grupo ou até mesmo a comunidade, no âmbito da saúde mental, realizando e implementando planos de cuidados individualizados com base nos diagnósticos de enfermagem e nos resultados esperados com as intervenções.

Os estudos de caso realizados nos diferentes contextos da prática especializada são o reflexo deste trabalho do enfermeiro especialista. Como refere Ventura (2007) o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa e é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações.

Através da metodologia do estudo de caso foi possível identificar as necessidades e os resultados esperados, estabelecer o diagnóstico de saúde mental do cliente, realizar e implementar o plano de cuidados em saúde mental individualizado, com o objetivo de recuperar ou melhorar o nível de saúde mental do mesmo. O plano de cuidados foi igualmente utilizado para a prestação de cuidados de enfermagem a todos os clientes aos quais foram prestados cuidados.

Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem foram utilizados sistemas de taxionomia estandardizados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente

a CIPE® 2 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) apoiando a missão do International Council of Nurses (ICN), de promover e facultar uma linguagem unificada de Enfermagem para a documentação no ponto de prestação de cuidados. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que uma terminologia para o domínio da enfermagem é essencial para a documentação dos cuidados de saúde (Benton, 2010 in CIPE® 2).

No serviço de internamento de psiquiatria do HDS, EPE foi possível atuar ao nível da intervenção em situações de emergência, nomeadamente, em internamentos compulsivos ou mesmo em situações de surtos de agressividade, resultantes de alterações da perceção ou pensamento, em colaboração com a equipa multidisciplinar, determinando o nível de risco para o próprio e para os outros clientes ou profissionais, monitorizando sempre a segurança do meio ambiente.

Foi possível, durante o percurso neste serviço, gerir o regime medicamentoso dos clientes, baseado em indicadores clínicos, para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade dos mesmos. Desde a preparação da terapêutica até à auditoria na toma pelos clientes, o papel do enfermeiro é de extrema importância. É também de referir a observação, que deve fazer parte do quotidiano do prestador de cuidados, de sinais e sintomas relativos à administração de terapêutica psiquiátrica e possíveis complicações e reações à mesma.

Os registos de enfermagem são uma ferramenta fundamental na transmissão de informação entre profissionais, pois permitem dar a conhecer as observações, decisões, intervenções e resultados esperados das ações de enfermagem, bem como, assegurar a continuidade e individualização dos cuidados. Assim, no serviço de internamento de psiquiatria do HDS, EPE, foi possível participar na elaboração de registos de enfermagem, de acordo com linguagem estandardizada, com o programa informático existente no serviço SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), permitindo a continuidade dos cuidados ao cliente.

O cliente deve ser observado no seu todo e não apenas no contexto de internamento. Assim, as intervenções de enfermagem devem abranger sempre o contexto social, psicoterapêutico, psicoeducativo, familiar e ocupacional. Ainda relativamente ao estudo de caso efetuado nesta instituição, foi possível efetuar o encaminhamento do cliente

para outra instituição, nomeadamente, para o Fórum sócio ocupacional “A Farpa”. Esta instituição foi criada em 1998, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e surge como consequência da inexistência de quaisquer respostas na área da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave, num distrito de grande dimensão como o de Santarém. Desta forma foi possível dar continuidade aos cuidados ao cliente e suporte à família e outros prestadores de cuidados.

Durante a prática especializada no CPC da Sonae, foi possível realizar entrevistas iniciais com vários clientes elaborando os respetivos diagnósticos de enfermagem e estabelecer um plano de acompanhamento, centrado principalmente, nas intervenções cognitivo-comportamentais, com o objetivo de os ajudar a recuperar a sua saúde mental.

As intervenções cognitivo comportamentais englobam vários tipos de intervenção sendo o foco do tratamento a modificação das cognições distorcidas e comportamentos mal adaptativos, ou seja, modificar as cognições distorcidas sobre a situação (Townsend, 2011).

A estratégia de solução de problemas foi uma das técnicas cognitivo comportamentais utilizadas. Como refere Gonçalves (2006), os programas de treinos de soluções de problemas tiveram origem nos trabalhos de D’Zurilla e Goldfried, em que estes procuram intencionalizar o objetivo terapêutico em termos do ensino ao cliente de um modelo prescritivo de soluções de problemas. Este modelo é composto por cinco fases: 1 – orientação geral; 2 – definição do problema; 3 – criação de alternativas; 4 – tomada de decisão e 5 – implementação e verificação. Os clientes são treinados sequencialmente nas várias operações subjacentes a cada uma destas fases do processo.

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”*

De acordo com o Regulamento 129/2011 de 18 de fevereiro, o enfermeiro especialista em saúde mental implementa as intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que se deseja e/ou a adaptar e integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida mobilizando

cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. A finalidade destas intervenções é ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório de forma a contribuir para a sociedade em que se insere.

O enfermeiro, para além de se mobilizar a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico durante a prática que lhe permitem mobilizar as competências referidas anteriormente.

As intervenções realizadas no âmbito da aquisição desta competência específica foram organizadas, individualmente, de acordo com cada tipo de intervenção mencionada, no entanto é preciso ter em consideração que os limites das mesmas são ténues, podendo se cruzar.

A psicoterapia é um tratamento realizado por meios psicológicos, sendo esta definição tão abrangente não pode, no entanto, dar conta de um extenso leque de interrogações que existem acerca do tema. O tratamento psicológico é tão ancestral como todas as formas de tentar aliviar o sofrimento humano e em todas as épocas e sociedades se delegou em alguém o poder de curar através da palavra (Leal, 2005).

De acordo com a OE (2011) a psicoterapia é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente (pessoa, grupo). Pode ser desenvolvida por profissionais com diferentes qualificações (psiquiatria, psicólogos clínicos, enfermeiros de saúde mental, serviço social ou outros), desde que possuam competências reconhecidas em psicoterapia.

Várias são as definições existentes para o termo psicoterapia, de acordo com os vários autores mas todos parecem assentar no relacionamento interpessoal entre terapeuta e cliente ajudando este a ultrapassar os seus problemas de vida.

A melhor compreensão dos problemas identificados nos clientes, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, possibilita que o mesmo desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida existentes ou novos que emergem ao longo da vida, aumentando o sentimento de bem-estar. Assim, o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os indivíduos envolvidos cresçam e se

desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados (OE, 2011).

A psicoterapia pode ser também utilizada em contexto de grupo. Os grupos, de acordo com Sampson e Marthas (1990) citados por Townsend (2011), têm oito funções para os seus membros: a socialização, o apoio, a realização de tarefas, a camaradagem, o carácter informativo e normativo, o *empowerment* e a *governance*.

As funções do grupo variam de acordo com a razão pela qual o grupo é formado. A terapia utilizada tem normalmente como objetivo a resolução de problemas comuns ou o encontro de estratégias de *copping*, bem como o desenvolvimento de competências no relacionamento interpessoal.

No âmbito da intervenção psicoterapêutica e de acordo com os objetivos traçados para a prática especializada, foram realizadas intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo. Ambas as intervenções mencionadas foram desenvolvidas quer no serviço de Internamento do HDS, EPE quer no CPC da SONAE em Santarém.

A intervenção psicoterapêutica individual, recorrendo também a estratégias psicoeducativas, foi realizada no âmbito do estudo de caso e aplicada a um caso específico de uma cliente com sintomatologia depressiva. Foi realizado o diagnóstico de enfermagem, estabelecido o plano de cuidados, executado o mesmo e feita avaliação final. O plano de cuidados, foi elaborado de acordo com as necessidades da cliente e personalizado. Do referido plano constavam seis sessões de intervenção psicoterapêutica positiva com aplicação inicial e final de uma escala de avaliação da depressão por forma a avaliar os ganhos em saúde obtidos. As estratégias psicoeducativas utilizadas nas várias sessões englobavam: dar a conhecer melhor a situação de doença que a cliente atravessava, a importância da adesão à terapêutica e encontrar, em conjunto com a cliente estratégias de *copping* que permitissem que a mesma retomasse o normal funcionamento da sua vida o mais rapidamente possível. Além do mais, foi realizada pesquisa bibliográfica para determinar qual a melhor técnica a utilizar com a cliente do estudo de caso mencionado, tendo a psicologia positiva surgido como uma das técnicas efetivas na sua situação clínica.

A psicologia positiva é o movimento científico e aplicado que visa identificar as qualidades das pessoas e promover o seu funcionamento positivo (Snyder e Lopez, 2009), contribuindo para o florescimento e o funcionamento saudável de pessoas, grupos e organizações por meio do fortalecimento das competências em vez de corrigir deficiências (Paludo e Koller, 2005). O surgimento da psicologia positiva quando Martin Seligman assume a presidência da American Psychological Association (APA) em 1998 e publica uma série de artigos sobre a necessidade de mudar o foco da psicologia para o estudo dos aspetos saudáveis e não apenas da patologia (Paludo e Koller, 2007).

Em cada uma das sessões foi realizado um relatório com avaliação final das mesmas, de forma a poder determinar se estas foram bem-sucedidas no alcance dos objetivos terapêuticos delineados inicialmente com a cliente. Este estudo de caso irá ser abordado em maior profundidade no capítulo que aborda a prática baseada na evidência, tendo em consideração que serviu de base para a realização de um trabalho de investigação.

A intervenção psicoterapêutica de grupo, englobando também estratégias psicoeducativas e socioterapêuticas, foi englobada no *projeto “SMILE”* a decorrer no CPC da SONAE e teve como objetivo principal a resolução de problemas comuns ou o encontro de estratégias de *copping* no seio do grupo.

A referida intervenção teve como tema “Essência do Ser” e pretendia-se promover a relação com o Eu interior e com o outro. Foi aplicada a um grupo de 40 colaboradores divididos em dois grupos (de 20 elementos cada) com a duração de 120 minutos. O plano da sessão foi personalizado e elaborado em conjunto com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental, Helena Luís, e integrava vários conteúdos e técnicas (Anexo II). Foram apresentados vídeos motivacionais, conteúdos sobre a espiritualidade e técnicas de dinâmicas de grupo. Pretendia-se estimular os clientes para o reconhecimento da dimensão espiritual no homem enquanto ser holístico.

Está nas nossas mãos encarar cada dia que começa como uma nova oportunidade para alterar ou recomeçar algo na nossa vida que lhe renove o encanto. Quando algum tempo acaba, é porque outro está pronto para começar. A única forma de não andarmos perturbados é reconhecer que o que acontece tem sempre uma razão de ser. É através da expansão da consciência que qualquer conflito se resolve (Félix, 2003).

Também nesta intervenção, após o seu término, foi realizado um relatório de atividade para avaliar se se tratou de uma intervenção bem-sucedida.

A intervenção socioterapêutica é uma prática dedicada à capacitação dos sujeitos em grupo, que ocorre pela explicitação de elementos identitários comuns dispersos entre todos e a vivência do processo de ação-reflexão-ação. A consciencialização e reflexão ocorrem num processo de aprendizagem através da vivência grupal. Soluções realistas e transformadoras para aquele grupo são encontradas no contexto social do grupo (Marra 2004, 2009 citado por Fleury, 2009).

As redes sociais referem-se ao conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam o indivíduo a outros indivíduos. O grupo percebe o poder da cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns, gera solidariedade, parceria e mudança. Neste sentido, enfatiza-se a rede natural de pertença do indivíduo, onde a capacidade autocrítica e autorreflexiva são desenvolvidas em interação (Sluzki, 1996; Dabas, 1993; Sudbrack, 2006, citados por Fleury, 2009).

O objetivo da socioterapia é a transformação e a promoção da saúde social. Tem uma dimensão clínica por promover mudanças nos sujeitos, apesar do sintoma, sofrimento e pedido estarem dispersos em diferentes membros da comunidade. Promove uma cultura de respeito e de construção de um diálogo interétnico, como valores imprescindíveis da cidadania. Promove transformações nos indivíduos e nos grupos através da preservação da autonomia e da coresponsabilidade de cada um para o bem comum (Marra 2004, 2009 citado por Fleury, 2009).

A intervenção socioterapêutica, tendo sido também psicoterapêutica, foi realizada no âmbito da prática especializada no serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, EPE sob o tema “Círculos Brilhantes”. Os destinatários da referida intervenção foram clientes do Serviço de Internamento de Psiquiatria do HDS, com capacidade de interação funcional em atividades de grupo e esta teve lugar no jardim interior da referida instituição. Os seus objetivos principais foram: conhecer os participantes na atividade, estabelecer contato e interação entre os participantes na atividade, Propiciar o desenvolvimento da inclusão e sensibilidade entre o grupo, desenvolver o espírito de cooperação, união, trabalho em equipa, consciencializar sobre

a importância da troca e da solidariedade e finalmente avaliar do grau de satisfação da sessão.

As dificuldades sentidas prenderam-se mais com a escolha de uma atividade que desenvolvesse a sociabilização de participantes que se conhecem pouco, tendo apenas contato entre si em contexto de internamento. Apesar das dificuldades, os objetivos da sessão foram atingidos plenamente.

Um grupo é um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesses partilhados, valores, normas ou propósitos comuns. A associação a um grupo pode ocorrer por acaso (nasceu no grupo), por opção própria (filiação voluntária) ou por circunstância (o resultado de acontecimentos do ciclo de vida sobre os quais um indivíduo pode ou não ter controle) (Townsend, 2011).

De acordo com o mesmo autor a terapia de grupo é uma forma de tratamento psicossocial e socioterapêutico no qual os clientes se encontram com um terapeuta com o propósito de partilhar, desenvolver conhecimento pessoal e melhorar as estratégias de *copping* interpessoais.

De acordo com Yalom (2008) a entrevista de grupo é uma estratégia de comunicação profissional, que reúne pessoas que partilham valores e experiências comuns, desenvolvida por enfermeiros com objetivos terapêuticos. O enfermeiro terapeuta procura descobrir um processo consensual a todos os elementos do grupo, ou guiar as ideias do grupo até conseguir encontrar sugestões de mudança de comportamento que possam ajudar os elementos do grupo a ter atitudes que possam adquirir de forma a melhorarem o seu processo de recuperação. Um grupo pode ainda ser útil para o desenvolvimento de habilidades sociais.

Relativamente à intervenção psicossocial, esta teve, principalmente, lugar no CPC da Sonae em Santarém através de uma Reunião Comunitária. Este tipo de reuniões são também intervenções socioterapêuticas pois promovem a interação entre os membros do grupo. Foi realizada em colaboração com a Enfermeira Helena Luís, especialista em enfermagem de saúde mental, com o objetivo principal de partilhar opiniões acerca do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental no CPC – SONAE. Teve como destinatários um grupo de voluntários (cinco elementos) do CPC que tinham

disponibilidade naquele horário para participar na referida reunião. Teve a duração de cerca de 30 minutos e foi um espaço de partilha de opiniões tendo também se dado alguns esclarecimentos sobre as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e como podiam recorrer ao mesmo sempre que sentissem necessidade.

Esta reunião revelou-se muito proveitosa mesmo para a Enfermeira Helena, que já tinha identificado algumas das dificuldades sentidas pelos colaboradores. Este tipo de partilha de opiniões promove o conhecimento das necessidades sentidas pelos colaboradores bem como a melhoria nos cuidados prestados. Não foi sentida qualquer dificuldade quer na preparação da reunião quer na orientação da mesma. Mais uma vez, revelou-se de grande importância o papel do enfermeiro especialista em saúde mental na utilização das suas competências específicas.

A psicoeducação pode ser vista como o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente e vice-versa (Callaham & Bauer, 1999 citado por Figueiredo e outros, 2009). O principal objetivo é fazer do paciente um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo (Justo & Calil, 2004 citado por Figueiredo e outros, 2009).

No âmbito da sessão de psicoeducação, sendo de igual forma psicoterapêutica, foi realizada uma sessão de automassagem com o objetivo que o cliente fosse capacitado para agir em benefício próprio sendo-lhes fornecidas as ferramentas essenciais para o fazer. Neste caso atuar em situações de stresse, tensão ou ansiedade ou outros motivos orgânicos de forma a melhorar o seu estado geral.

Os benefícios da massagem estão diretamente relacionados com a melhoria do estado de espírito. O corpo humano é constituído por diferentes sistemas, podemos destacar o muscular, o nervoso, o esquelético, o linfático, o cardiovascular e o digestivo. Após uma massagem os músculos ficam mais relaxados, os sentidos apurados, o sistema esquelético realinhado, o sistema linfático purificado, a circulação melhorada e o sistema digestivo a funcionar melhor, disfunções como a obstipação podem ser aliviadas através da massagem. Os níveis de ansiedade também diminuem e dorme-se melhor. Assim, uma pessoa descansada sofre menos de exaustão e de fadiga e lida melhor com o stresse, a capacidade de concentração aumenta e as dores de cabeça de tensão desaparecem (Costa, 2004).

A sessão de intervenção psicoeducativa mencionada teve lugar no serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental do HDS, EPE, na sala de reuniões, para garantir maior privacidade, teve como destinatários clientes do serviço de internamento com capacidade de interação funcional em atividades de grupo e com a duração de cerca de 60 minutos.

Para além de recorrer a conhecimentos obtidos numa formação desenvolvida na área da massagem no ano de 2005, foi ainda sentida a necessidade de relembrar conceitos e efetuar nova pesquisa para concretizar a referida intervenção. O feedback dado pelo grupo permitiu que valorizasse esta competência que se encontrava um pouco esquecida. A satisfação detetada nos participantes foi sem dúvida um dos aspetos mais positivos da sessão. Os objetivos da intervenção foram alcançados, verificando-se que o enfermeiro é de facto um instrumento capaz de contribuir para a melhoria do estado de saúde de outras pessoas, contribuindo desta forma também para o desenvolvimento pessoal e profissional do mesmo.

O *workshop* realizado no CPC da SONAE alusivo ao tema “Cultive a Paz Interior”, como já referido anteriormente, também se enquadra na psicoeducação bem como na intervenção psicoterapêutica de grupo.

Os estudos de caso realizados em ambas as instituições foram também de relevante importância para a aquisição desta competência. Em ambas as instituições os estudos de caso realizados permitiram, através da utilização de exatidão na terminologia, pela utilização da CIPE®2, elaborar diagnósticos de enfermagem com rigor, planejar as intervenções e fazer uma avaliação dos resultados obtidos. Assim, os diagnósticos de enfermagem visam identificar o estado do cliente, os problemas, necessidades e potencialidades que este apresenta; as intervenções de enfermagem são as ações de enfermagem propriamente ditas e finalmente com os resultados obtidos pode-se fazer uma avaliação cuidada de todo o processo e reestruturá-lo conforme as necessidades.

Em forma de conclusão relativamente a este capítulo, foram desenvolvidas de forma visível, as competências comuns do enfermeiro especialista bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental tendo em conta a forma como foram descritas e analisadas as atividades desenvolvidas durante a prática especializada em enfermagem de saúde mental.

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA – ESTUDO DE CASO

De acordo com o REPE (1998), como mencionado anteriormente, os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, ao que o Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011), acrescenta que o avanço no conhecimento requer que o enfermeiro especialista na referida área incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

No seguimento deste raciocínio, e tendo em conta que a necessidade da enfermagem acompanhar a constante atualização que a sociedade está sujeita, surge este trabalho de investigação sob o tema “Intervenção psicoterapêutica positiva na depressão – um estudo de caso”, tendo como base a realização de uma pesquisa bibliográfica para o seu enquadramento teórico e para a seleção de intervenções com evidência científica efetivas no restabelecimento da saúde mental de uma pessoa com depressão.

De acordo com Fortin (1996) o objeto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem conduzindo à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. Assim, a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. O processo de investigação comporta então três fases: a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica.

A fase conceptual é composta pela escolha e formulação do problema de investigação, revisão da literatura pertinente, elaboração de um quadro de referência e finalmente enunciar o objeto, as questões de investigação ou as hipóteses. A fase metodológica está relacionada com a escolha de um desenho de investigação, definição da população e amostra, definição das variáveis e a escolha dos métodos de colheita e análise dos

dados. A fase empírica prende-se com a colheita, análise, interpretação e comunicação dos dados (Fortin, 1996).

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os estados afetivos positivos, como a felicidade, o contentamento, a resiliência, o otimismo, a gratidão e a qualidade de vida, entre outros, têm nos últimos anos sido alvo de interesse quer por parte da psicologia quer por parte da psiquiatria (Ferraz, Tavares e Ziloberman, 2006).

Segundo Rivero (2011) estima-se que, desde 2008 tenham surgido cerca de 4000 livros sobre felicidade. Infinitas são as propostas literárias e práticas propostas, desde livros de auto ajuda a propostas orientais de práticas que proporcionam bem-estar.

A sociedade em que vivemos trouxe-nos a tecnologia, a inovação, o desenvolvimento mas ao mesmo tempo leva-nos no sentido da alienação, da urbanização e coloca-nos em contextos mais populosos e ao mesmo tempo mais anónimos. A criminalidade aumentou bem como os níveis de stresse, a individualização provocou solidão e a globalização levaram a uma perda de identidade. Prevalece uma imagem um pouco negra das sociedades contemporâneas, que nos desafia a imaginar outras possibilidades (Rivero, 2011).

A felicidade parece então inacreditável, segundo Osho (2011) parece que o homem não consegue ser feliz, se falar acerca das depressões, infelicidade e tristeza todos acreditam, se falar que é feliz ninguém vai acreditar, parece não ser natural. Quando muito pode-se diminuir a infelicidade, viver mais confortável, mas fora do alcance do homem ser feliz.

A Organização das Nações Unidas apresentou o primeiro Relatório Mundial sobre Felicidade, encomendado por esta entidade à Universidade da Columbia e publicado pelo *Earth Institute* em 2012. Os dados recolhidos entre 2005 e 2011 de 156 países, colocam no topo da lista dos povos mais felizes, os países nórdicos, Portugal está a meio da tabela, ocupando a 73^a posição. Os fatores considerados para avaliar a felicidade foram a riqueza, a liberdade política, a existência de redes sociais fortes e a ausência de corrupção. Em termos individuais, são avaliadas a saúde física e mental, a segurança no trabalho e a estabilidade do ambiente familiar. A relação entre riqueza e a

felicidade não é tão direta como à partida seria de esperar, existem muitos outros fatores que têm de estar presentes. Uma outra conclusão interessante do referido estudo é que o desemprego parece causar tanta infelicidade quanto a privação ou a separação, e ainda de que, quando se trata de emprego, os fatores como a segurança no trabalho e os bons relacionamentos são considerados mais importantes que o nível salarial ou as horas despendidas no trabalho. No que concerne à esfera da saúde, o bem-estar mental é o fator individual que mais afeta os índices de felicidade dos países. Em termos de género as mulheres são mais felizes do que os homens nos países desenvolvidos e o oposto nos países em desenvolvimento. Numa análise final, as sociedades modernas são cada vez mais complexas, e as escolhas políticas mal informadas podem ter custos elevados e difíceis de reverter. Torna-se então fundamental para a alta qualidade de tomada de decisão uma base sólida evidente sobre quais as condições que estão a melhorar na sociedade, e quais são mais importantes para o bem-estar. As medidas de bem-estar subjetivo são uma ferramenta importante para os decisores políticos e valiosas na avaliação do impacto da política (ONU, 2012).

Ban Ki-moon, o secretário-geral das Nações Unidas declarou:

“O Produto Interno Bruto há muito que tem sido o critério pelo qual foram medidas as economias e os políticos. No entanto, não tem em consideração os custos sociais e ambientais do chamado progresso. Precisamos de um novo paradigma económico que reconheça a paridade entre os três pilares do desenvolvimento sustentável. O bem-estar social, económico e ambiental são indivisíveis. Juntos definem a Felicidade Global Bruta” (ONU, 2012).

Então é assim tão difícil ser feliz? Ou temos que trabalhar todos os dias nesse sentido? Primeiro, o foco da Psiquiatria concentrou-se nas doenças mentais, e não na compreensão e no desenvolvimento da saúde mental, paradigma este que tem vindo a alterar-se nos últimos anos. A Psiquiatria cada vez mais está vocacionada para a promoção da saúde mental e prevenção da doença (Ferraz, Tavares e Ziloberman, 2006).

Rivero (2011) refere que talvez estejamos num momento histórico para investir na potenciação da felicidade, do bem-estar, das relações, das emoções positivas do propósito, do envolvimento e dedicação, e dos sucessos positivos, talvez seja esta a

melhor forma de prevenir a doença mental. Mas não chega apenas prevenir o mal, há que fazer crescer o melhor.

Segundo Osho (2011) a felicidade acontece quando se consegue integrar na vida tudo de uma forma tão harmoniosa que tudo aquilo que se faz traz alegria.

A alegria e o prazer que se retira das pequenas coisas muitas vezes precisam de ser trabalhadas, de ser lembradas, pois o mais fácil de recordar ao fim do dia é o cansaço que o trabalho provocou e não o que trouxemos hoje de novo como reflexão.

A maior incidência de quadros depressivos na sociedade contemporânea é indiscutível. Um período ocasional de “melancolia”, tristeza, e desânimo é comum entre pessoas saudáveis e considerado como uma resposta normal às desilusões quotidianas da vida, quando estes episódios se prolongam no tempo e o indivíduo não consegue adaptar-se à nova situação podem desenvolver-se sintomas depressivos (Townsend, 2011).

As perturbações depressivas são caracterizadas por um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer pelas atividades habituais, em que as evidências demonstram também uma perturbação no funcionamento social e ocupacional do indivíduo (Townsend, 2011).

A depressão pode apresentar vários níveis desde leve, a moderado e grave podendo ter ou não aspetos psicóticos. Os sintomas desenvolvem-se durante dias a semanas e podem ocorrer em conjunto com outras perturbações psiquiátricas. É portanto de extrema importância o diagnóstico e tratamento precoce deste transtorno (Stuart & Laraia, 2001).

O tratamento precoce da depressão pode diminuir o tempo de sofrimento do cliente, e existe evidência de que reduz o tempo de evolução da doença. As intervenções de enfermagem são parte integrante de um conjunto vasto de atitudes terapêuticas decididas pela equipa terapêutica. Na relação terapêutica, as intervenções de enfermagem são o veículo para ampliar as interações positivas da pessoa com o ambiente, assim como promover seu bem-estar físico e melhorar a percepção de si próprio (Stuart & Laraia, 2001), o enfermeiro tem assim um papel fundamental no tratamento da depressão.

Assim, um dos objetivos deste capítulo é identificar quais as intervenções/terapias com evidência científica comprovada na promoção das emoções positivas e da felicidade, diminuindo assim sintomas associados a um humor depressivo, bem como suas contribuições para a prática da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Foi, então, realizada uma revisão narrativa da literatura nesse sentido, privilegiando fontes primárias.

A psicologia positiva surge, então, como um dos métodos possíveis de utilizar no tratamento da depressão. Como já referido anteriormente, surgiu em 1998 quando Martin Seligman assumiu a presidência da *American Psychological Association*, tendo iniciado um movimento com o mesmo nome visando oferecer uma nova abordagem às potencialidades e virtudes humanas, estudando as condições e processos que contribuem para a prosperidade dos indivíduos e comunidades (Paludo & Koller, 2007).

Martin Seligman (2011) desenvolveu a Teoria do bem-estar na qual este afirma que o bem-estar é um constructo, e a felicidade é uma coisa, ou seja, uma entidade diretamente mensurável. Assim, define cinco elementos que compreendem a referida teoria, sendo as pessoas livres para escolher o seu valor intrínseco.

De acordo com o mesmo autor, cada um dos cinco elementos, tem de possuir, em si mesmo, três propriedades que o qualificam como elemento. São elas: “Contribuir para o bem-estar”; “Ser desejado por muitas pessoas pelo seu valor intrínseco, não apenas para obter um dos outros elementos”; “Ser definido e medido de forma independente dos outros elementos (exclusividade)”.

A emoção positiva é o primeiro elemento da teoria do bem-estar e significa a vida agradável, aquilo que se sente: prazer, arrebatamento, êxtase, calor, conforto e afins. O segundo elemento é o envolvimento e centra-se no fluxo: ser uno com a música, sentir o tempo parar e perder a noção de si próprio durante uma atividade absorvente. O terceiro elemento é o significado e refere-se ao fato de pertencer e servir a algo que se acredita ser maior que a pessoa, é em conjunto com os elementos anteriores, um estado subjetivo e que apenas pode ser avaliado pelo próprio. O quarto elemento é a realização pessoal, e relaciona-se com aspetos como a vitória, o êxito, a mestria, simplesmente pelo prazer de serem alcançados deram frutos. O quinto e último elemento refere-se às relações positivas e tem a ver com o tipo de relações que se estabelecem com outras

pessoas e como elas podem ser um antídoto para quando a vida não corre no seu melhor (Seligman, 2011).

Desta forma, Seligman, desenvolveu a psicologia positiva, com base na teoria do bem-estar com estas características nucleares referidas anteriormente. Pretende-se assim, poder alterar, o bem-estar pessoal e o individuo tornar-se capaz de criar a sua própria felicidade efetuando exercícios de Psicologia Positiva. O passo seguinte, na investigação do autor, foi a aplicação da psicoterapia positiva em pessoas deprimidas. Os sintomas depressivos, segundo o autor, podem ser explicados pelo défice de bem-estar, ou seja, défice de emoções positivas, envolvimento e significado na vida.

Pretende-se então envolver o individuo, no seu processo individual de recuperação, ajudando-o a encontrar o caminho para um maior bem-estar pessoal conseguido, como refere Rivero (2011), através do sentimento de bem-estar face ao passado já vivido, felicidade nas experiências do presente e antecipação positiva e esperançada em relação ao futuro a construir.

Como acontece em outras abordagem psicoterapêuticas, a psicoterapia positiva é um conjunto de técnicas cuja aplicação é mais eficaz se estiverem presentes elementos terapêuticos básicos como o calor humano, a empatia cuidadosa, a confiança e sinceridade básicas e o entendimento mútuo.

Rashid e Seligman desenvolveram exercícios de psicoterapia positiva, distribuídos por catorze sessões. Em primeiro lugar, é realizada uma avaliação cuidadosa dos sintomas depressivos do cliente e dos valores de bem-estar. Depois os sintomas depressivos são discutidos podendo ser explicados pelo défice de bem-estar: défice de emoção positiva, envolvimento e significado na vida. Posteriormente a esta fase inicial são realizadas mais treze sessões em que são adaptados exercícios de psicologia positiva ao cliente. Os exercícios englobam trabalho realizado nas sessões bem como trabalho realizado em casa e posterior discussão nas mesmas (Seligman, 2011).

De forma resumida serão apresentadas, no quadro 1, as sessões desenvolvidas por Rashid e Seligman com os seus clientes:

QUADRO 1 – Resumo de catorze sessões de Psicoterapia Positiva (Sligman, 2011)

Sessão 1	A ausência de recursos positivos, podem causar e perpetuar os sintomas depressivos e dar origem a uma vida vazia. Assim, o cliente deve escrever uma apresentação positiva de si mesmo, contando uma história concreta onde a pessoa surge no seu melhor, ilustrando como usou os seus pontos fortes ao nível do carácter.
Sessão 2	Discussão em sessão de como esses pontos fortes do seu carácter o ajudaram também em outras situações, preenchimento pela internet de um questionário para identificar os seus traços de carácter mais fortes.
Sessão 3	Discussão de situações específicas em que os pontos fortes podem facilitar a promoção de prazer, do envolvimento e do significado, a realização em casa, por parte do cliente, de um “diário de bênçãos” no qual ele deve registar, todas as noites, três coisas boas (grandes ou pequenas) que aconteceram naquele dia.
Sessão 4	Discussão do papel das boas e más recordações na perpetuação da depressão, quando um cliente se agarra à ira e à amargura, isso perpetua a depressão e prejudica o bem-estar, assim o cliente deve escrever, em casa, sobre sentimentos de ira e amargura e sobre a forma como eles alimentam a sua depressão.
Sessão 5	Introdução do perdão como ferramenta poderosa que pode neutralizar sentimentos de ira e amargura e até mesmo transforma-los em emoções positivas. Em casa o cliente deve escrever uma carta de perdão descrevendo uma transgressão e as emoções com ela relacionadas e comprometendo-se a perdoar o transgressor, embora essa carta não seja entregue ao mesmo.
Sessão 6	Discussão da gratidão enquanto reconhecimento durável, o cliente em casa, deve escrever uma carta de gratidão a alguém a quem nunca agradeceu devidamente e é encorajado a entregá-la pessoalmente.
Sessão 7	Revisão da importância do cultivo das emoções positivas escrevendo no diário de bênçãos e usando os pontos fortes ao nível do carácter.
Sessão 8	Discussão sobre o fato dos “satisfeitos” (Isto é suficientemente bom) terem mais bem-estar do que os maximizadores (encontrar a perfeição). Encoraja-se o cliente a optar pela satisfação em detrimento da maximização. Em casa, o cliente deve rever formas de aumentar a satisfação e engendrar um plano de satisfação pessoal.
Sessão 9	Discussão acerca dos temas otimismo e esperança: vendo os acontecimentos maus como temporários, mutáveis e locais. Em casa, o cliente deve pensar em três portas que se fecharam para ele e quais foram as que se abriram.
Sessão 10	É pedido ao cliente que reconheça os pontos fortes ao nível do carácter na pessoa ou pessoas mais importantes para si. Em casa, treina-se o cliente para responder de forma ativa e construtiva a acontecimentos positivos relatados por outros, e combina-se um encontro a dois para celebrar os traços de carácter mais salientes em si próprio e no outro ou outros entes queridos.
Sessão 11	Discussão de como se podem reconhecer traços de carácter fortes em membros da família e a origem dos pontos fortes do próprio cliente. Em casa, o cliente deve pedir a membros da sua família que preencham o questionário também preenchido pelo cliente anteriormente, via internet, e depois desenhar uma árvore incluindo os pontos fortes ao nível do carácter de todos os membros da família.
Sessão 12	É apresentada a capacidade de saborear como uma técnica para aumentar a intensidade e a duração da emoção positiva. Em casa, o cliente planeia atividades agradáveis e realiza-as como planeado.
Sessão 13	É apresentada a dádiva do tempo. O cliente tem o poder para conceder uma das maiores dádivas, a dádiva do tempo. Em casa, o cliente deve conceder a dádiva do tempo fazendo algo que requer uma quantidade de tempo considerável e que apela a um dos seus traços de carácter mais fortes.
Sessão 14	Discussão acerca da vida plena integrando o prazer, o envolvimento e o significado.

Nesta intervenção realizada por Rashid e Seligman os clientes foram aleatoriamente distribuídos por três grupos: um que recebia psicoterapia positiva individual de acordo com o plano anterior, outro grupo que recebia o tratamento habitual e ainda outro grupo

que para além do tratamento habitual acrescia a medicação antidepressiva. Relativamente aos dados obtidos, concluiu-se que a psicoterapia positiva causou mais alívios de sintomas depressivos em todos os resultados avaliados do que o tratamento habitual e do que os medicamentos (Seligman, 2011).

Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang e Doraiswamy (2011) abordam vários exercícios positivos que foram testados em intervenções controladas que incluem escrever cartas de gratidão, contar uma bênção, praticar o otimismo, realizar atos de bondade e meditar sobre sentimentos positivos para com os outros. Os exercícios positivos têm como objetivo ensinar os clientes a encontrar formas de aumentar as suas cognições positivas, emoções e comportamentos posteriormente sem a ajuda do profissional. Estas ferramentas podem-se revelar vitais para a prevenção de recaídas em resposta a potenciais desencadeadores da depressão, como o stresse por exemplo. Os tratamentos devem esforçar-se para cultivar o bem-estar de um indivíduo, bem como outras áreas da sua vida (por exemplo, o trabalho, os relacionamentos, a saúde), em vez de apenas amenizar os sintomas depressivos.

Um estudo realizado por Mongrain e Anselmo-Matthews (2012) teve como objetivo a replicação de um estudo conduzido por Seligman e seus colegas (2005) que demonstrou os benefícios a longo prazo de exercícios de psicologia positiva. Os resultados do estudo revelaram aumentos duradouros na felicidade podendo-se concluir que as intervenções breves de psicologia positiva podem aumentar os níveis de felicidade podendo ser os resultados mais modestos no tratamento da depressão.

Uma meta-análise realizada por Sin e Lyubomirsky (2009), com 51 intervenções de psicologia positiva desenvolvidas com 4.266 pessoas, foi conduzida com o objetivo de observar se as intervenções de psicologia positiva, são um método de tratamento que visam cultivar sentimentos positivos, comportamentos positivos, ou cognições positivas melhorando os sintomas depressivos. De acordo com os resultados obtidos, as intervenções de psicologia positiva melhoraram significativamente o bem-estar dos clientes e diminuíram os sintomas depressivos. Para além destes aspetos foram encontrados vários fatores que afetam a eficácia das intervenções como por exemplo o estado da depressão, a idade dos participantes bem como o formato e duração das intervenções. Este trabalho foi desenvolvido principalmente para a orientar a atuação

por parte dos clínicos demonstrando a importância da psicologia positiva na terapia individual e em longos períodos de tempo.

De acordo com a evidência encontrada, estas intervenções podem também ser desenvolvidas por enfermeiros. De acordo com o Regulamento 129/2011 de 18 de fevereiro, o enfermeiro é responsável pela implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados ajudando o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobilizando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

Tendo em conta as várias perspetivas do cuidar em enfermagem, os enfermeiros da área da saúde mental devem ser eficientes na forma de ajudar os seus clientes a serem capazes de se esforçar para alcançar um nível mais alto de maturidade e desenvolvimento. Torna-se então importante abordar a forma como as teorias desenvolvidas por teóricas de enfermagem foram importantes para a enfermagem psiquiátrica, como refere Townsend (2011), uma vez que afetam o pensamento crítico sobre como os indivíduos devem comportar-se e tratar os outros.

Assim, a enfermagem, na conceção de Peplau, é uma relação humana entre uma pessoa que está a necessitar de cuidados de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda (Peplau, 1990).

A teórica defende a ideia do que poderíamos chamar de “enfermeira psicóloga”, ou seja, que consiga mudanças psicológicas nos clientes em alguns minutos de interação enfermeira-cliente. Não sugere uma mudança de personalidade instantânea mas sim a utilização das oportunidades disponíveis por meio da aplicação da teoria e técnicas conhecidas das relações interpessoais.

Peplau defende uma enfermagem psicodinâmica que se desenvolve tendo por base dois pressupostos: a postura da enfermeira interfere diretamente no que o cliente vai aprender durante o processo de cuidado e o auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais cotidianos.

Desta forma, o objetivo da assistência de enfermagem é ajudar os clientes e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva nas suas vidas. As metas a serem atingidas deverão ser estabelecidas pelo enfermeiro e pelo cliente, pois se os objetivos estabelecidos não forem os mesmos os resultados também não serão o esperado (O'Toole & Welt, 1996, citados por Almeida, Lopes e Damasceno, 2005).

As intervenções de enfermagem, de acordo com McCloskey e Bulechek (2004, p. 21) na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), são definidas como:

“Qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimentos clínicos, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente. As intervenções de enfermagem incluem cuidados diretos e indiretos; aqueles voltados a indivíduos, famílias e comunidade; tratamentos iniciados por enfermeiros, por médicos e por outros provedores.”

O ponto de partida para a realização de intervenções de enfermagem são os cuidados de enfermagem propriamente ditos, assim e de acordo com Jean Watson o cuidado pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, no qual a consciência desse vai além da dimensão biológica, material e é capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico (Watson 1998, citado por Favero, Pagliuca & Lacerda, 2013).

Para a teórica, na relação de cuidar, o enfermeiro não se encontra só, ele necessita do outro para que nessa interação o cuidado aconteça. Portanto, uma relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, sendo caracterizada como uma união com o outro, elevando a consideração por esse ser e pela sua forma de estar no mundo. É a partir desta relação transpessoal que o enfermeiro e o cliente se tornam apenas um, é o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma na relação (Favero, Mazza & Lacerda, 2012 citados por Favero, Pagliuca & Lacerda, 2013).

Os cuidados de enfermagem devem ser centrados no cliente, assim e de acordo com o *Institute for Healthcare Improvement*, este tipo de cuidados colocam o cliente no centro de todas as decisões capacitando-os a ser verdadeiros parceiros dos seus cuidados (*Institute for Healthcare Improvement*, 2014).

3.2. ASPETOS METODOLÓGICOS

No decurso da fase metodológica pretende-se determinar os métodos utilizados para obter resposta à questão de investigação. É definida a população e escolhidos os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados (Fortin,1996).

No caso concreto deste estudo, pretendeu-se descrever a intervenção em si, expondo todos os aspetos relacionados com a mesma, a forma como decorreu e finalmente os resultados obtidos.

O objetivo para este estudo foi:

- Compreender o impacto de uma intervenção psicoterapêutica positiva, em contexto de saúde ocupacional, numa cliente com sintomatologia depressiva.

3.2.1. Desenho do estudo

O estudo realizado enquadra-se na metodologia de estudo de caso, segundo Ponte (2006, p. 2):

“É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”

O estudo foi desenhado para desenvolver durante três fases, como se encontra apresentado no quadro 2:

QUADRO 2 – Fases do estudo de caso

Fase 1	Realizar uma avaliação inicial da situação com as seguintes intervenções de Enfermagem específicas: <ul style="list-style-type: none">➤ Consulta de Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiatria no CPC da SONAE, identificando colaboradores que apresentem sintomatologia sugestiva de perturbação depressiva;➤ Aplicação da grelha de exame mental;➤ Aplicação da escala de Hamilton para a depressão confirmando a existência de perturbação depressiva.
Fase 2	O objetivo principal foi desenvolver a intervenção psicoterapêutica positiva, personalizada para a cliente identificada, com base em pesquisa bibliográfica relevante, nomeadamente no conceito de Psicoterapia Positiva de Seligman. O plano foi estruturado para seis sessões de 60 minutos cada, realizadas semanalmente e de acordo com a disponibilidade da cliente,

	portanto durante um período de seis semanas. Para além de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas realizadas em sessões individuais, foi também solicitada a realização de “trabalhos de casa” que complementassem a intervenção.
Fase 3	Realizar a avaliação final da intervenção, com as seguintes intervenções de Enfermagem específicas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicação da grelha de exame mental; ➤ Aplicação da escala de Hamilton para a depressão após seis semanas de intervenção psicoterapêutica positiva.

3.2.2. Questão de investigação

Neste estudo de investigação foi formulada a seguinte questão de investigação:

- Qual o impacto de uma intervenção psicoterapêutica positiva, em contexto de saúde ocupacional, numa cliente com sintomatologia depressiva?

3.2.3. População e amostra

A população alvo do estudo compreende todos os colaboradores do CPC da SONAE em Santarém que recorrem à consulta de enfermagem no referido estabelecimento.

A amostra foi então não probabilística/intencional, sendo constituída por apenas um elemento que recorreu à consulta de enfermagem e que possuía os seguintes critérios de inclusão: ser adulto, falar fluentemente português, apresentar sintomatologia depressiva e ter condição cognitiva para participar nas intervenções.

3.2.4. Instrumentos

Neste estudo de investigação foi utilizada uma grelha de exame mental, cuja elaboração foi baseada em orientações de Abreu (2012), Davis (2000), Trzepacz, e Baker, (2001) e Zuardi e Loureiro (1996) e a escala de Hamilton para a depressão. Ambos os instrumentos foram aplicados no início e no final da intervenção.

A grelha de exame mental é uma ferramenta essencial para avaliar perturbações emocionais, comportamentais ou cognitivas. Permite, igualmente, em diferentes alturas, fazer uma avaliação objetiva da doença e da resposta à terapêutica. Assim, o exame mental é uma componente de avaliação que inclui a observação do comportamento do cliente e a sua descrição de forma objetiva e sem juízos de valor (Trzepacz e Baker 2001). A grelha de exame mental utilizada como instrumento está representada no Anexo I.

Um outro instrumento utilizado foi a escala de Hamilton para a depressão (HAM-D), elaborada por Hamilton (1960) para avaliar e quantificar a sintomatologia depressiva em pacientes portadores de transtornos de humor. Permite avaliar a severidade da depressão de uma forma objetiva. É um questionário de autorresposta constituído por 21 itens, escala tipo likert, cuja pontuação atribuída a cada item varia entre 0 e 2 ou 0 e 4 sendo a que 0 representa ausência do sintoma e 2 ou 4 representa a presença do sintoma no seu máximo, como se apresenta no Anexo IV.

Para obter a pontuação, devem-se somar os pontos obtidos em todos os itens, podendo os resultados alcançados variar entre 0 e 62. Um valor situado entre 0 e 6 indica ausência de depressão, entre 7 e 17 indica depressão leve, entre 18 e 24 indica depressão moderada e mais de 24 valores indica depressão grave. O grau de confiabilidade da escala HAM-D, medido pela consistência interna e pela confiabilidade entre avaliadores, é considerado bom ou excelente. Os coeficientes de consistência interna variam de 0,83 a 0,94 dependendo do estudo. A confiabilidade entre avaliadores, tem sido, em geral acima de 0,85. A sua validade, comparada com outros instrumentos para avaliação de sintomas de depressão, tem sido demonstrada em vários estudos, nos quais as pontuações são comparadas em grupos de clientes com transtornos depressivos de gravidade diferente (Blacker, 2000). Este foi um dos aspetos importantes na escolha da escala HAM-D para o presente estudo.

3.2.5. Intervenções de enfermagem

As intervenções de enfermagem foram planeadas de acordo com um plano personalizado para a cliente e executado durante seis sessões semanais com duração de 60 minutos cada, como já foi referido anteriormente. As atividades encontram-se descritas no Quadro 3.

QUADRO 3 – Resumo Plano das sessões de Intervenção Psicoterapêutica Positiva

<p>1ª Sessão Depressão e Ansiedade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição dos objetivos das sessões e da forma como estas iriam decorrer; • Implementação do exame mental; • Aplicação da escala de Hamilton para a depressão (momento 1); • Breve abordagem acerca da depressão/ansiedade; • Entrega de folheto informativo acerca da depressão; • Discussão das estratégias de intervenção com a cliente; • Trabalho para casa: “Apresentação Positiva”: foi proposto à cliente que escrevesse, numa página, uma história concreta onde surgisse no seu melhor, ilustrando como usou os pontos fortes mais salientes ao
--	--

	nível do seu carácter; • Resumo final da sessão (Anexo V).
2ª Sessão Situações Felizes	• Revisão da sessão anterior; • Leitura do trabalho de casa: “Apresentação Positiva”; • Abordagem às situações em que os pontos fortes pudessem facilitar a promoção do prazer, do envolvimento e do significado; • Trabalho para casa: “ Diário das 3 Bênçãos ”: em que a cliente registasse, todas a noites, três coisas boas (grandes ou pequenas) que aconteceram naquele dia; • Resumo final da sessão (Anexo VI).
3ª Sessão O Perdão	• Revisão da sessão anterior; • Implementação de uma atividade: “Cores dos sentimentos”; • Introdução do perdão como ferramenta poderosa que pode neutralizar sentimentos de amargura; • Trabalho para casa: “ Carta de Perdão ”: a cliente deveria escrever uma carta de perdão descrevendo uma transgressão e as emoções com ela relacionadas e comprometer-se a perdoar o transgressor, embora a carta não fosse entregue ao destinatário; • Resumo final da sessão (Anexo VII).
4ª Sessão Portas Abertas	• Revisão da sessão anterior; • Discussão dos sentimentos experimentados na escrita da “ Carta de perdão ”; • Revisão da importância de cultivar emoções positivas escrevendo o “ Diário das 3 Bênçãos ” e usando os pontos fortes do seu carácter; • Abordagem ao otimismo e à esperança. • Trabalho para casa: “ 3 portas se fecharam, quantas se abriram? ”: a cliente deveria pensar em três portas que se fecharam para ela e quais foram as que se abriram; Resumo final da sessão (Anexo VIII).
5ª Sessão Atividades Agradáveis	• Revisão da sessão anterior; • Discussão do trabalho de casa anterior “ 3 portas se fecharam quantas se abriram? ”; • Abordagem sobre a capacidade de saborear como técnica para aumentar a intensidade e a duração da emoção positiva; • Trabalho para casa: “ Planeamento de atividades agradáveis ”: a cliente iria planejar atividades agradáveis e realizá-las como planeado; • Resumo final da sessão (Anexo IX).
6ª Sessão Relaxamento	• Revisão da sessão anterior; • Revisão sobre a plenitude da vida integrando o prazer, o envolvimento e o significado; • Explicação dos benefícios do uso de técnicas de relaxamento; • Realização de técnica de relaxamento com o guião “ Ilha Deserta ”; • Aplicação da grelha de exame mental; • Aplicação da escala de Hamilton para a depressão (momento 2); • Resumo final das sessões (Anexo X).

3.2.6. Procedimentos formais e éticos

Para a realização deste estudo foi necessária autorização da Direção do CPC da SONAE em Santarém e autorização formal, com assinatura de consentimento informado por parte da cliente que fez parte do estudo (Anexo XI).

A cliente foi informada de que estava garantida a confidencialidade e privacidade da informação, fornecida pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, tal como que a

participação era totalmente voluntária e que se poderia retirar e recusar à participação no estudo a qualquer momento deste sem aviso prévio nem justificações. Não foram colocados em causa quaisquer direitos fundamentais da cliente, tendo sido respeitados todos os princípios éticos. Foi garantido à mesma o acesso a todos os resultados obtidos através desta investigação.

Para este estudo foi atribuído um nome fictício à cliente por forma a garantir a sua confidencialidade e privacidade.

A intervenção foi realizada entre os meses de maio e julho de 2013.

3.2.7. Tratamento de dados

Os dados recolhidos têm de ser organizados e analisados para ser possível compreender a realidade em estudo. Neste estudo foram colhidos dados de várias formas, através da observação participante e notas de campo para descrição do caso e sua evolução e através da aplicação de escala (dados objetivos).

O tratamento dos dados quantitativos recolhidos foi realizado com recurso ao *Microsoft Office Excel 2010*, sendo que as medidas estatísticas utilizadas para apresentação dos resultados foram as frequências absolutas. Os dados objetivos foram organizados sobre a forma de gráfico de forma a permitir a sua melhor análise.

Por outro lado, os dados qualitativos foram tratados com recurso a análise de conteúdo, tendo em conta a presença de uma característica de conteúdo ou de um fragmento de mensagem tidos como significativos (Bardin, 2009).

Na análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração.

3.3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A natureza deste estudo de investigação reflete-se na resposta à questão de investigação formulada inicialmente tendo em conta a aplicação da grelha de exame mental e escala de Hamilton para a depressão num primeiro momento, ou seja, na entrevista de enfermagem inicial, e num segundo momento, ou seja, depois da aplicação da intervenção psicoterapêutica positiva.

De acordo com a aplicação da grelha de exame mental e escala de Hamilton para a depressão foi possível estabelecer diagnósticos de enfermagem baseados em linguagem CIPE® 2, sendo que os resultados obtidos nos dois momentos serão apresentados de forma a justificar os ganhos em saúde obtidos pela intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental.

Assim é abordada de uma forma breve a anamnese/descrição do caso para uma melhor compreensão do mesmo, que se encontra descrita no Quadro 4.

QUADRO 4 – Descrição do estudo de caso

ANAMNESE/DESCRIÇÃO DO CASO
1. MOTIVO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM
A Sra. Alzira, 50 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, divorciada, solicitou consulta de enfermagem no dia 3 de maio de 2013. Como sintomatologia predominante a cliente apresentava choro fácil, referiu sentir-se angustiada e amargurada, sonolenta pois tinha iniciado medicação antidepressiva, ansiolítica e hipnótica há cerca de 3 semanas o que lhe causava grandes dificuldades na execução do seu trabalho adequadamente. Afirmou “necessito de conversar com alguém e desabafar”.
2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL
Há 3 semanas iniciou quadro de insónia, cefaleias, astenia e adinamia após rutura afetiva com atual companheiro, tendo recorrido ao médico de família. A situação manteve-se pelo que recorreu ao serviço de urgência do hospital e foi observada por um médico psiquiatra. Segundo a cliente foram-lhe prescritos vários medicamentos que a deixaram sonolenta durante o dia impedindo que realizasse o seu trabalho na empresa adequadamente.
3. HISTÓRIA PESSOAL
A D. Alzira referiu que sempre foi uma criança saudável desde a infância e mesmo depois de adulta não sofreu de outras patologias orgânicas. À data da consulta em que foram colhidos os dados coabitava com o seu filho mais novo e afirmou que a atmosfera do lar era bastante saudável.
4. PERSONALIDADE PRÉVIA
A cliente afirmou que sempre foi uma pessoa energética e bem-disposta, andava “sempre a cantar”. Tem bom relacionamento social no trabalho e muitos amigos.
5. HISTÓRIA FAMILIAR
A mãe da cliente tem antecedentes de quadro depressivo, o pai sem patologias do foro psiquiátrico. A cliente mantinha bom relacionamento quer com os pais quer com o seu irmão mais novo.

Relativamente aos dados obtidos pela aplicação da grelha de exame mental pode-se referir que os itens: apresentação física, consciência, orientação, atitude, movimentos dirigidos, contato, afetos, percepção e funções biológicas vitais, não apresentavam alterações. De referir que o sono se encontrava normalizado pois utilizava terapêutica adjuvante. Relativamente à expressão facial apresentava choro fácil, a postura era tensa, no que diz respeito à motricidade apresentava-se inquieta, o humor era depressivo, na expressão de emoções apresentava-se ansiosa, em relação ao pensamento apresentava taquipsiquia e pensamento circunstancial, pressão do discurso e hipermnésia no item da memória.

De uma forma sucinta irão ser abordados alguns aspetos da forma como decorreu a intervenção e como foi observada a evolução na cliente.

A evolução observada na cliente ao longo das sessões foi notória. A relação de empatia e confiança que foi estabelecida e construída em cada sessão entre enfermeira e cliente foi bastante proveitosa. No final da primeira sessão, a cliente conseguiu esboçar um sorriso e referiu que se sentia mais aliviada depois de verbalizar tantos aspetos que a angustiavam. Nas sessões seguintes era visível a descontração crescente da mesma, o humor foi-se revelando cada vez menos deprimido e o fâcies mais expressivo. A inquietação também deixou de ser visível bem como a ansiedade. De referir alguns aspetos de avaliação subjetiva da cliente: desde que lhe foi pedido que escrevesse no diário três coisas boas que tivessem acontecido nesse dia, a cliente referiu que sempre que tinha consulta de enfermagem esse aspeto era apontado sempre como uma bênção naquele dia.

A reflexão produzida pela leitura dos trabalhos de casa foi de extrema importância, tendo em alguns momentos sido indutor de choro na cliente mas ao mesmo tempo “libertador” como a mesma referia. Em duas das sessões a cliente apresentava cansaço físico acentuado, pelo acumular de funções em vários locais de trabalho. Nessas duas sessões, não foi visível a taquipsiquia nem a pressão de discurso.

A cliente realizou todos os trabalhos de casa propostos, tendo sido efetuada a análise de todos eles durante as sessões. O plano de intervenção psicoterapêutica positiva realizada com a cliente foi personalizado tendo sido introduzidas outras atividades que se revelaram pertinentes.

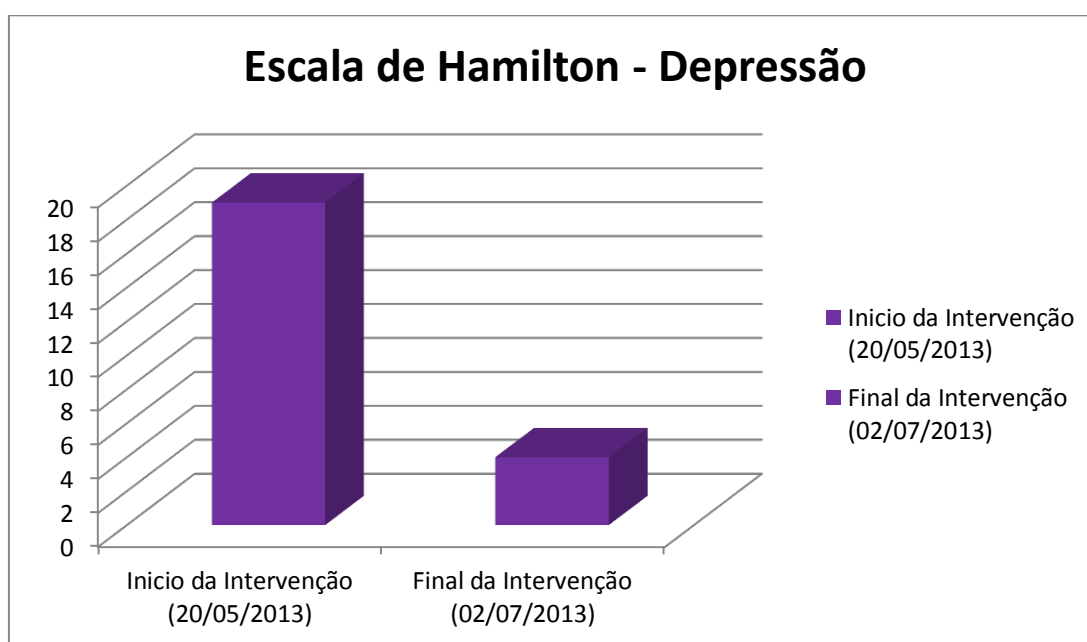
A última sessão (relaxamento) revelou-se particularmente importante pois permitiu à cliente a realização de uma atividade que nunca tinha experimentado e que poderia ser desenvolvida no domicílio por sua iniciativa própria.

Nas últimas sessões a cliente já verbalizava que iria “sentir saudades destes bocadinhos que aqui passo”. Foi visível a alteração de *status* em alguns dos itens do exame mental: no final da intervenção a cliente apresentava fâcies expressivo e humor eutímico, sendo que os itens que não sofreram alterações foram apenas relativamente à memória mantendo-se a hipermnésia, e ao discurso que mantinha pressão no mesmo.

A aplicação da escala de Hamilton para a depressão no início da intervenção permitiu obter uma pontuação de 19, ou seja, depressão moderada. Com os dados objetivos e subjetivos obtidos através da aplicação destes dois instrumentos foi possível estabelecer o diagnóstico de enfermagem de acordo com a CIPE® 2 e programar as intervenções a realizar com a cliente. As intervenções de enfermagem incluíram o plano de intervenção psicoterapêutica positiva já apresentado anteriormente.

A referida intervenção originou alterações quer no comportamento, quer na postura quer na melhoria do score ao nível da aplicação da escala de Hamilton como podemos verificar no Gráfico 1. No final da referida intervenção psicoterapêutica positiva, o score obtido pela aplicação da escala foi de 4, ou seja, depressão ausente.

GRÁFICO 1 – Resultados da aplicação da Escala de Hamilton - Depressão



O diagnóstico de enfermagem estabelecido no início da intervenção teve uma alteração significativa com a aplicação das atividades de enfermagem desenvolvidas no decorrer da mesma. No Quadro 6 podemos verificar o diagnóstico de enfermagem inicial, o plano de atividades desenvolvido para a cliente e finalmente o diagnóstico de enfermagem final justificando os ganhos em saúde com a intervenção de enfermagem.

QUADRO 6 – Diagnóstico de enfermagem inicial, intervenções de enfermagem e diagnóstico de enfermagem final

Diagnóstico de Enfermagem (20/05/2013)	Intervenções de Enfermagem
Depressão presente	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a depressão: <ul style="list-style-type: none"> ▀ Aplicação Exame Mental, ▀ Aplicação Escala de Hamilton – depressão (pontuação – 19); - Estabelecer confiança, - Gerir comunicação, - Gerir segurança do ambiente: <ul style="list-style-type: none"> ▀ Proporcionar ambiente calmo e tranquilo, sem interrupções; - Aplicar terapia: <ul style="list-style-type: none"> ▀ Realizar 6 sessões de Intervenção Psicoterapêutica Positiva (personalizado)
Diagnóstico de Enfermagem (02/07/2013)	Intervenções de Enfermagem
Depressão melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a depressão: <ul style="list-style-type: none"> ▀ Aplicação Exame Mental ▀ Aplicação da escala de Hamilton – depressão (pontuação – 4)

3.4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES DO ESTUDO

Após a análise dos resultados obtidos com este estudo de caso, podemos concluir que existem diferenças consideráveis entre o início e o final da intervenção psicoterapêutica positiva.

Existiu uma redução bastante acentuada nas pontuações obtidas, nos diferentes momentos, através da aplicação da escala de Hamilton para a depressão, com conseqüente alteração dos diagnósticos de enfermagem formulados inicialmente.

A evolução observada na cliente no decorrer das intervenções foi bastante visível, nomeadamente na expressão facial da mesma, humor, postura e redução dos níveis de ansiedade. A cliente referiu várias vezes, durante as sessões, que “era uma das bênçãos do dia”, que se sentia “muito mais aliviada no final de conversar”, que “os problemas já lhe pareciam mais pequenos”.

Esta intervenção demonstrou que é possível realizar uma intervenção especializada estruturada e com resultados observáveis em contexto laboral. A cliente apresentou evolução positiva num curto prazo de tempo (6 semanas). Assim, a abordagem em contexto laboral é tão viável como num contexto institucional. Tendo em conta estes resultados para uma intervenção mais eficaz e com resultados que se prolongassem no tempo, seriam necessários vários meses, para um acompanhamento adequado da cliente,

prevenindo possíveis recaídas. No entanto os ganhos em saúde obtidos foram bastante visíveis, sendo que, não é de descuidar o fato da cliente estar a realizar terapêutica antidepressiva. No estudo realizado por Seligman (2011) a psicoterapia positiva causou mais alívio dos sintomas depressivos em todos os resultados avaliados do que o tratamento habitual e do que os medicamentos. Assim, 55% dos clientes que receberam psicoterapia positiva, 20% dos que receberam o tratamento habitual e apenas 8% dos que, para além deste tratamento, tomaram medicação, alcançaram a remissão dos sintomas.

Os vários exercícios positivos desenvolvidos com a cliente, incluindo os trabalhos de casa propostos e realizados pela mesma poderão ter contribuído para a prevenção de possíveis recaídas, o que vai ao encontro do que refere Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang e Doraiswamy (2011) no sentido de que ensinar os clientes a encontrar formas de aumentar as suas cognições positivas, emoções e comportamentos, mesmo sem a ajuda posterior do profissional, previne possíveis recaídas.

Os resultados obtidos neste estudo de caso vêm também ao encontro dos resultados obtidos na meta-análise realizada por Sin e Lyubomirsky (2009) que revelaram que as intervenções de psicologia positiva melhoraram significativamente o bem-estar dos clientes e diminuíram os sintomas depressivos.

O curto tempo disponível para o desenvolvimento da intervenção e o número de participantes na mesma ser de apenas um elemento foram duas dificuldades relevantes na obtenção de resultados observáveis da intervenção através da aplicação da escala de Hamilton para a depressão. No entanto, e apesar destas limitações, a mesma revelou-se uma ferramenta eficaz para a avaliação de intervenções mesmo a curto prazo como foi o caso desta.

A abordagem da intervenção em termos de estudo de caso revelou-se importante para a investigação tendo em conta que permitiu uma análise bastante detalhada da situação da cliente, permitindo explorar áreas para além da simples aplicação da escala de Hamilton para a depressão. Foi possível realizar uma observação mais eficaz e de acordo com os dados obtidos elaborar um plano de cuidados personalizado para a cliente.

Pode-se concluir que o objetivo da investigação neste estudo de caso foi atingido completamente. O impacto de uma intervenção psicoterapêutica positiva, em contexto de saúde ocupacional, numa cliente com sintomatologia depressiva foi considerável e foram alcançados resultados positivos (remissão da sintomatologia depressiva).

Apesar da evidência científica, encontrada através da pesquisa narrativa de literatura, descrever este tipo de intervenções como apenas realizado por profissionais principalmente da área da psicologia, os enfermeiros especialistas em Saúde Mental têm nesta abordagem aos clientes com perturbação depressiva um papel fundamental ainda a explorar.

O contexto laboral não é de fácil acesso para os enfermeiros, são poucas as instituições que consideram importante a presença regular de um enfermeiro, recorrendo na maior parte das situações apenas à medicina no trabalho, na qual muitas vezes apenas é realizado o exame físico.

Pode-se concluir que se revela de extrema importância, a existência de um enfermeiro neste tipo de instituições, nomeadamente as que possuem muitos colaboradores. A presença de um enfermeiro especialista em saúde mental revela-se ainda mais benéfico pois pode, através das entrevistas de enfermagem obter dados que permitam identificar situações de conflito entre colaboradores, situações de problemas pessoais, entre outras e através dos diagnósticos de enfermagem planejar e executar cuidados por forma a gerir quer o ambiente laboral quer a diminuir a taxa de absentismo por doença.

Por outro lado, este tipo de intervenções são executadas de forma estruturada e devidamente planeadas conseguindo obter excelentes resultados em ganhos em Saúde aliados a uma poupança em termos de recursos económicos pois apenas envolve o tempo do profissional e um custo muito baixo em termos de material para desenvolver as atividades.

Em forma de sugestão para futuras investigações fica aqui a proposta para realização de intervenções psicoterapêuticas positivas por parte dos enfermeiros, englobando uma amostra considerável de clientes para que os resultados obtidos permitam ser o mais objetivos possível.

4. CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório de estágio constitui um ponto importante na vida profissional enquanto enfermeira e nomeadamente enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria. Foi possível realizar uma reflexão aprofundada acerca de todo o percurso da prática especializada desenvolvida nos diferentes contextos (Serviço de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria do HDS, EPE e CPC da SONAE em Santarém).

A caracterização dos contextos onde se desenrolou a prática especializada permitiu um conhecimento mais aprofundado da dinâmica dos mesmos possibilitando a identificação de problemas e planeamento de atividades baseadas nas necessidades reais da população encontrada no meio bem como das necessidades dos profissionais que trabalham nos respetivos locais.

A análise crítica das atividades, realizada em seguida, permitiu a contextualização das mesmas nas competências do enfermeiro especialista. Assim, a análise foi elaborada, tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista e de seguida as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. Este capítulo permitiu a reflexão e consciencialização acerca das competências do enfermeiro especialista, constitui assim o ponto de partida para um novo percurso na profissão.

O enfermeiro especialista em saúde mental deve compreender o processo de saúde mental e também as alterações comportamentais no contexto da experiência humana de saúde. Assim, o enfermeiro detém conhecimentos técnicos para o diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação em saúde mental. O tratamento deve ter uma abordagem integral do cliente e muitas vezes exige a participação de vários profissionais de saúde.

No presente relatório foi ainda apresentado um estudo de investigação com o objetivo de desenvolver a investigação na área da enfermagem de saúde mental. Este trabalho constituiu um desafio pois permitiu o desenvolvimento da criatividade e inovação nas abordagens em enfermagem. A intervenção psicoterapêutica positiva ainda está muito

ligada à área da psicologia mas pode ser desenvolvida por outros profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros especialistas em saúde mental.

A principal dificuldade sentida ao longo de todo o mestrado, bem como na elaboração do presente relatório foi a articulação entre as diferentes vertentes: pessoal, familiar e profissional, visto não existir tempo exclusivo para o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos. No entanto, o empenho, motivação e dedicação foram três fatores fundamentais para ultrapassar as dificuldades e atingir os objetivos.

Pretende-se que este seja o ponto de chegada de toda a reflexão e o ponto de partida para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que se prestam aos clientes. Fica subjacente o desejo de continuar a dar sempre o melhor, aprendendo com todas as experiências do dia-a-dia, crescendo como pessoa e como profissional.

Em suma, os objetivos traçados para a elaboração do presente relatório foram atingidos, refletindo o percurso de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional realizado durante a prática especializada, um percurso... positivo!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J.L.P. (2012). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (6ª edição). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Aguilar, L. (1999). *Análise Transaccional – Guia prático para o auto-conhecimento*. Lisboa. Fim de Século.
- Almeida, O.M.O. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em 29 janeiro de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- Almeida, V.C.F, Lopes, M.V.O., Damasceno, M.M.C. (2005). *Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum*. Rev Esc Enferm USP. Acedido em 24 de fevereiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf/>
- Amaral, A.C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Lusociência. Loures.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Blacker, D. (2000). “*Psychiatric Rating Scales*”. In Sadock, B.J., Sadock V.A. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7ª Edição. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, V1, pp 755-783.
- Campell, J. (1980). *The Relationship of nursing and self-awareness. Advances in nursing science*. Volume 2. Issue 4.
- Canário, R. (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- CIPE[®] Versão 2 (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Lusodidacta.

- Costa, A.M.G. (2009). *Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Acedido em 07 de fevereiro de 2014 em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Intelig%C3%A2ncia%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf>
- Costa, L. (2004). *Massagem Mente e Corpo*. Civilização Editores. Porto.
- Davis, F.A. (2000). *Dicionário Médico Enciclopédico Tabler*. Lusodidacta. Loures.
- Departamento de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE (2011). *Dados epidemiológicos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, EPE*. Santarém.
- Favero, L, Pagliuca, L.M.F., Lacerda, M.R. (2013). *Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual*. Rev Esc Enferm USP. Acedido em 15 de março de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/32.pdf>
- Félix, M. J.C. (2003). *Mais e Melhor*. Oficina do Livro. Lisboa.
- Ferraz, R.B., Tavares, H., Ziloberman, M.L. (2006). *Felicidade: Uma Revisão*. Acedido em 10 de Fevereiro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a05v34n5.pdf>.
- Figueiredo e outros. (2009). *O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. São Paulo. Brasil
- Fleury, H., Marra M., Knobel, A. M. (2009). *Intervenções na comunidade: socioterapia e redes sociais como ferramenta do cuidado*. 17th International Congress on Group Psychotherapy and Group Processes. Roma, 2009. Acedido em 12 de Abril de 2013 em http://api.ning.com/files/6jaOpKJ4NdBxldHL*VXV1mEEVASyhIIgOmk6dfFkJgkG1PQRd*BkmgClbzZhpeL4JyamablDkyHz1syXTky0vVm62EExAjTt/Artigocientfico484Intervenenascomunidadesocioterapiaeredessociaiscomoferramentadocuidado.pdf

- Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freire, P. (2005): *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31ª ed. São Paulo: Paz e Terra
- Fritzen, S.J. (1978). *Janela de Johari*. 17ª Edição. Petrópolis. RJ. Brasil. Editora Vozes.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17ª Edição. Maia. Temas e Debates. Circulo de Leitores.
- Gonçalves, O. (2006). *Terapias Cognitivas: Teorias e Prática*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Afrontamento.
- Hamilton, M. (1960). *A Rating Scale for Depression*. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry; 23: 56-62.
- Horta, W.A. (1979). *Processo de Enfermagem*. Acedido em 11 de março de 2014 em http://www.felu.xpg.com.br/Processo_de_Enfermagem.pdf
- Institute for Healthcare Improvement (2014). *Person- and Family-Centered Care*. Acedido em 20 de março de 2014 em <http://www.ihp.org/Topics/PFCC/Pages/Overview.aspx>
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., Doraiswamy, P.M. (2011) *Delivering Happiness: Translating Positive Psychology Intervention Research for Treating Major and Minor Depressive Disorders*. Acedido em 17 de abril de 2014 em <http://sonjalyubomirsky.com/wp-content/themes/sonjalyubomirsky/papers/LCLWD2011.pdf>
- Lazure, H (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lusodidacta. Lisboa.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. 2ª Edição. Fim de Século. Lisboa.
- Lei 36/98 de 24 de julho (1998). *Lei de Saúde Mental*. Diário da Republica. I Série – A. Nº 169 (24/07/1998).

- Lei 111/2009 de 16 de setembro (2009). *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril*. I Série – Nº 180 – 16 de setembro de 2009.
- McCloskey, J.C. e Bulechek, G.M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Edição. Porto Alegre. Artmed.
- Mendonça, S.S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros – A Excelência do Cuidar*. Lisboa. Editorial Novembro.
- Mongrain, M, Anselmo-Matthews, T. (2012). *Do Positive Psychology Exercises Work? A Replication of Seligman et al. (2005)*. Acedido em 17 de abril de 2014 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21839/abstract>
- Moura, S.C.M., Brás, M.A.M, Anes, E.M.G.J. (2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*. Acedido em 15 de fevereiro de 2014 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7674/3/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem.art.pdf>
- ONU (2012) - *Relatório Mundial sobre Felicidade*. Acedido em 9 de Fevereiro de 2013 em <http://ambientesgeograficos.blogspot.pt/2012/04/onu-apresenta-1-relatorio-mundial-sobre.html>
- OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2007). *Resumo mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2008). *Dia Mundial da Saúde Mental - Integrar e incluir as pessoas com problemas de Saúde Mental* - Texto da CEESMP aceso em 16 de janeiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaMundialdaSaudeMental2008.aspx. Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Caderno Temático. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- OE (2010). *Regulamento das Competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Osho (2011). *Alegria a Felicidade Interior*. Bertrand Editora. Lisboa.
- Paludo, S. S.; Koller, S. H.. (2005) *Resiliência na Rua: Um Estudo de Caso*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. vol.21, n.2.
- Paludo, S. S.; Koller, S. H.. (2007) *Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões*. Paidéia (Ribeirão Preto). vol.17, n.36.
- Paschoal, T., Tamayo, A. (2008) - *Construção e Validação da Escala de Bem-Estar no Trabalho*. Acedido em 2 de maio de 2013 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1677-04712008000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde* (2º edição).Loures: Lusociência.
- Peplau, H.E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Massonlvalat. Barcelona.
- Pires, A.L.O. (2005). *Educação e Formação ao longo da vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e Competências*. Lisboa. Calouste Gulbenkian. Acedido em 16 de janeiro de 2014 em <http://pt.slideshare.net/paulatrigo/educacao-e-formao-ao-longo-da-vida-3226841>
- Ponte, J.P. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema, 25, 105-132. Este artigo é uma versão revista e atualizada de um artigo anterior: Ponte, J.P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. Quadrante, 3(1), pp3-18. (re-publicado com autorização).
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1998). Decreto - Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (com alterações introduzidas pelo Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de abril).

- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da Republica, 2ª série – Nº 35 (18-02-2011).
- Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da Republica, 2ª série – Nº 35 (18-02-2011).
- Regulamento nº 167/2011 de 8 de Março (2011). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Diário da Republica, 2ª série – Nº 47 (8/03/2011).
- Ribeiro, O.P. e outros (2008). *Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Instituto Politécnico de Viseu. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em 29 de janeiro de 2014 em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf
- Rivero, C., Marujo, H.A. (2011). *Positiva-mente*. A esfera dos Livros. Lisboa.
- Ruthes, R.M., Cunha, I.C.K.O. (2009). *Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual*. Revista Brasileira de Enfermagem. REBEn. Acedido em 26 de fevereiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>
- Seligman, M.E.P. (2011). *A Vida que Floresce*. Alfragide. Estrela Polar.
- Sin, N.L., Lyubomirsky, S. (2009). *Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis*. Acedido em 17 de março de 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19301241>
- Snyder, C. R.; Lopez, S. J.. (2009). *Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre. Artmed.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª edição. Artmed. Porto Alegre.

- Townsend, M.C. (2011) – *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. 6ª edição. Lusociência. Loures.
- Trevizan, M.A.; Mende, I.A.C.; Fávero, N.; Melo, M.R.A.C. (1998). *Liderança e Comunicação no Cenário da Gestão Em Enfermagem*. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.6 no.5 Ribeirão Preto Dec. 1998. Acedido em 1 de fevereiro 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000500010
- Trzepacz, P. T., Baker, R. W. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Ventura, M.M. (2007). *O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa*. Rev SOCERJ. Acedido em 03 de março de 2014 em http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf
- Villela, S.C., Scatena, M.C.M. (2004). *A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental*. Rev Bras Enferm. Brasília. Acedido em 03 de março de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>
- World Health Organization (2013). *WHO Regional Committee for Europe – 63rd session*. Acedido em 16 de janeiro de 2014 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/215275/RC63-Fact-sheet-MNH-Eng.pdf
- Yalom, I. D. (2008). *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática*. (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Zuardi, A.W., Loureiro, S.R. (1996). *Semiologia Psiquiátrica*. Simpósio: Semiologia Especializada. Ribeirão Preto. Brasil. Acedido em 27 de Janeiro de 2012 em http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n1/semiologia_psiquiatica.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Plano de atividade “Cultive a Paz Interior”

PROGRAMA "SMILE"
PLANO DE SESSÃO

Nº DE SESSÃO	7ª SESSÃO
TEMA	CULTIVE A PAZ INTERIOR.
OBJECTIVO GERAL	Promover o relaxamento.
DINAMIZADORA	Helena Luís e Tânia Cruz
LOCAL	SONAE - Centro de Processamento de Carnes (CPC) – Sala de Formação
DIA E HORA	05/06/2013 - 09 H
DURAÇÃO	120 Minutos
PARTICIPANTES	Grupo Experimental (20 colaboradores)

TEMA	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIA/MÉTODO	MATERIAL	DURAÇÃO
Apresentação do tema e objetivos gerais da sessão	- Apresentar o tema da sessão;	- Apresentação do tema da sessão dos objetivos da mesma através de explicação breve, precisa e compreensível.	- Apresentação oral	10'
	- Apresentar os objetivos gerais da sessão;	- Apresentação dos objetivos gerais da sessão através de explicação breve, precisa e compreensível;	- Apresentação oral	10'
Apresentação dos membros do grupo	- Favorecer a interação entre os participantes;	-Técnica de quebra-gelo/dinâmica de grupo "Psicodança"	- PC, Windows Media Player, colunas de som, ficheiro com música de dança	10'
Apresentação e demonstração de como realizar a automassagem	- Demonstrar a técnica de automassagem, - Exercitar a automassagem pelos próprios	- Demonstração da técnica de automassagem; - Imitação pelos participantes	- PC, colunas de som, CD com música relaxante, Guião com técnica de automassagem, panfleto informativo automassagem	30'

Cuidar do próprio	- Promover a introspeção	- Técnica: Dinâmica do espelho	- Guião com Dinâmica do Espelho - Caixa de Cartão - Espelho, colchões	20'
Promoção do relaxamento	- Promover o relaxamento - Promover o “despertar dos sentidos”	- Técnica de indução de relaxamento: Bolha imaginária, - Técnica de indução de relaxamento: Expira Tensão, Inspira Paz - Técnica de relaxamento por imagens mentais	- PC, colunas de som, CD com música relaxante - Velas, cortinas, cristais, - Guião de relaxamento “Cultive a Paz Interior”	30'

CONTEUDOS DAS ACTIVIDADES

Técnica de quebra-gelo/Dinâmica de grupo “Psicodança”

Material: PC + Windows Media Player + colunas de som + ficheiro com música de dança

O objetivo principal da Psicodança é criar um espaço de interação grupal facilitando as situações espontâneas através do corpo, do movimento e da música. O aquecimento está dirigido, principalmente ao corpo, já que este é um veículo primordial de comunicação muitas vezes negligenciado. A música favorece a mobilidade corporal e progressivamente vai integrando todos os elementos corporais. Desta forma, o grupo vai se aquecendo procurando novas formas de expressão e comunicação longe dos estereótipos sociais criados em torno das danças ditas convencionais.

- Colocam-se todos os elementos em círculo,
- Fica o dinamizador no centro,
- É explicada a dinâmica ao grupo: o dinamizador vai iniciar a dança quando começar a musica e todos os elementos o devem imitar, de seguida toca num outro elemento do grupo que passa a coordenar a dança e assim sucessivamente,
- É colocada musica, o dinamizador inicia a dinâmica, deve durar cerca de 10 min,
- Depois devem sentar-se todos no chão, em colchões para estarem mais confortáveis.

Técnica de dinâmica de grupo “Automassagem”

Material: PC + colunas de som + CD com música relaxante + Guião com técnica de automassagem + panfleto informativo automassagem

Os benefícios da massagem estão diretamente relacionados com a melhoria do estado de espírito. O corpo humano é constituído por diferentes sistemas, podemos destacar o muscular, o nervoso, o esquelético, o linfático, o cardiovascular e o digestivo. Após uma massagem os músculos ficam mais relaxados, os sentidos apurados, o sistema esquelético realinhado, o sistema linfático purificado, a circulação melhorada e o sistema digestivo a funcionar melhor, disfunções como a obstipação podem ser aliviadas através da massagem. Os níveis de ansiedade também diminuem e dorme-se melhor. Uma pessoa descansada sofre menos de exaustão e de fadiga e lida melhor com o stress, a capacidade de concentração aumenta e as dores de cabeça de tensão desaparecem.

- Colocação de musica ambiente relaxante,
- Início da automassagem: explicação de que a automassagem é realizada pelo dinamizador e imitada pelos clientes.
- Cabeça: Sentados, começar a fazer movimentos circulares no couro cabeludo. Usar a polpa dos dedos e aplicar uma intensidade que seja confortável. Circular desde o topo da cabeça até à base do crânio, passar pelas têmporas lateralmente.
- Face: Deslizar as mãos do centro da testa para as laterais, como se alisasse uma folha de papel. Depois circular os olhos, sempre para fora. Massagem em movimentos circulares na face.
- Pescoço: Fazer movimentos descendentes lateralmente à coluna, indo da base da cabeça até aos ombros, repetir várias vezes. Agarrar e apertar suavemente o músculo com uma mão e depois fazer o mesmo com a outra. Começar a amassar mais firmemente e continuar, mantendo um ritmo, até sentir o músculo relaxar.
- Mãos: Fazer pequenos círculos na palma e dorso da mão. De seguida fazer pequenas torções em cada um dos dedos individualmente. Entrelaçar os dedos e mexer as mãos de um lado para o outro. Finalmente relaxar os pulsos e os dedos abanando as mãos até sentir os dedos ficarem moles.
- Pés: Sentados, cruzar a perna sobre o joelho. Fazer movimentos na planta do pé de dentro para fora fazendo uma pequena pressão. De seguida fazer movimentos circulares à volta de toda a planta do pé.

Técnica de dinâmica de grupo “O Espelho”

Material: Guião com Dinâmica do Espelho + caixa de Cartão + espelho + colchões

Esta técnica permite que cada participante compreenda o quanto é importante o cuidar de si mesmo.

- Os participantes sentam-se em círculo nos colchões no chão,
- É pedido a cada um dos participantes que pensem em alguém muito importante e a quem gostariam de dedicar mais atenção, alguém que amam de verdade, que merece todo o cuidado e com quem estabeleceram uma relação única,
- É lhes também pedido que entrem em contato com essa pessoa e que se lembrem dos motivos que a tornam tão especial e amada,
- De seguida é lhes pedido que se encaminhem a uma caixa onde estão alguns elementos que podem identificar essa pessoa, um a um devem-se encaminhar à mesma, sem retirarem nada de dentro da mesma, e identificar esse elemento,
- Devem de seguida voltar ao local onde se sentaram e permanecer em silêncio até que todos os elementos tenham efetuado a atividade.
- No final é solicitado feed-back aos participantes

Técnica de dinâmica de grupo “Bolha Imaginária”

Material: PC + colunas de som + CD com música relaxante + Velas + cortinas + cristais + Guião de relaxamento “Bolha imaginária”

Esta técnica permite a indução ao relaxamento

- Os participantes devem estar deitados confortavelmente,
- É lhes dito que ninguém os vai incomodar e que os próximos minutos são para eles próprios,
- Pede-se então que se imaginem dentro de uma bolha, tipo balão e que pensem no seu interior como o seu espaço privado e seguro,
- Finalmente é lhes solicitado que dirijam os seus pensamentos para dentro.

Técnica de dinâmica de grupo “Expira Tensão, Inspira Paz”

Material: PC + colunas de som + CD com musica relaxante

Esta técnica permite um relaxamento através da utilização da respiração.

- É pedido aos participantes que ouçam a sua respiração normal,
- De seguida que imaginem todas as tensões existentes neles a saírem com a expiração,
- De seguida que imaginem que cada vez que inspiram, inspiram paz,
- Expiram tensão e inspiram paz,
- O exercício é repetido 3 vezes,
- É lhes solicitado que voltem ao padrão normal de respiração.
- Momento de silêncio no final.

Técnica de Relaxamento por imagens mentais “Rosas, sorrir, sentir e ser”

Material: PC + colunas de som + CD com música relaxante + Velas + cortinas + cristais + guião de relaxamento: Rosas, sorrir, sentir e ser

A Técnica de relaxamento por imagens mentais diz respeito à construção de imagens na mente. O efeito relaxante das imagens agradáveis deve-se em parte à distração que cria a partir de pensamentos geradores de stress. A imaginação pode aproximar-nos igualmente do nosso eu interno e esta característica pode ser usada para ajudar as pessoas a descobrir nelas próprias novas possibilidades, de forma a enriquecer as suas vidas (Payne, 2011).

- Utilização do guião de relaxamento: Rosas, sorrir, sentir e ser

Fórmula de Finalização

Material: PC + colunas de som + CD com música relaxante + Velas + cortinas + cristais + guião com fórmula de finalização

A fórmula de finalização permite aos participantes que regressem do imaginário ao espaço físico onde se encontram de uma forma gradual e tranquila.

- É solicitado aos participantes que caminhem até à bolha imaginária,
- É-lhes solicitado que agradeçam à Mãe Natureza por este momento de tranquilidade,
- Devem então começar a tomar consciência do chão por baixo do corpo,
- É feita contagem decrescente para irem mobilizando diferentes partes do corpo até finalmente abrirem os olhos.
- No final são solicitados a levantarem-se quando se sentirem preparados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento*. Lusociência. Loures. ISBN 187-662/02

Davis, M., Eshelman, E. R., McKay, M. (1996). *Manual de Relaxamento e Redução do Stress*. Summus. São Paulo.

ANEXO II

Plano de atividade “Essência do Ser”

PROGRAMA "SMILE"
PLANO DE SESSÃO

Nº DE SESSÃO	8ª SESSÃO
TEMA	ESSÊNCIA DO SER
OBJECTIVO GERAL	Promover a relação com o eu interior e com o outro.
DINAMIZADORA	Helena Luís e Tânia Cruz
LOCAL	SONAE - Centro de Processamento de Carnes (CPC) – Sala de Formação
DIA E HORA	16/07/2013 - 09 H
DURAÇÃO	120 Minutos
PARTICIPANTES	Grupo Experimental (20 colaboradores)

TEMA	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIA/MÉTODO	MATERIAL	DURAÇÃO
Apresentação do tema e objetivos gerais da sessão	- Apresentar o tema da sessão;	- Apresentação do tema da sessão dos objetivos da mesma através de explicação breve, precisa e compreensível;	- Apresentação oral	10'
	- Apresentar os objetivos gerais da sessão;	- Apresentação dos objetivos gerais da sessão através de explicação breve, precisa e compreensível;	- Apresentação oral	10'
Interiorização	- Indução da interiorização; - Diminuição dos níveis de distress; - Conexão com a terra.	- Apresentação de vídeo.	- PC, - Windows Media Player, - Colunas de Som, - Ficheiro de vídeo com filme, - Projetor multimédia	5'
Relação Interpessoal	- Favorecer a interacção entre os participantes; - Favorecer a partilha do grupo.	-Técnica de quebra-gelo/dinâmica de grupo "Terapia do Abraço";	- Guião de atividade "Técnica do Abraço", - PC, - Windows Media Player, - Colunas de som, - Ficheiro de música,	10'

			- Projetor multimédia	
"Ritual dos Círculos Brilhantes"	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer a interação entre os participantes; - Propiciar o desenvolvimento da inclusão e sensibilidade entre o grupo; - Desenvolver o espírito de cooperação, união, trabalho em equipa; - Consciencializar sobre a importância da troca e da solidariedade. 	- Dinâmica de grupo: "Ritual dos Círculos Brilhantes";	<ul style="list-style-type: none"> - Guião da atividade "Ritual dos Círculos Brilhantes", - PC, - Windows Media Player, - Colunas de som, - Ficheiro de música, - Projetor multimédia 	10'
Atitudes e comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar para a importância dos comportamentos na relação consigo próprio e com o mundo; - Demonstrar a importância do trabalho em equipa, cooperação e união entre o grupo. 	- Apresentação de filme motivacional "Atitude"	<ul style="list-style-type: none"> - PC, - Windows Media Player, - colunas de som, - Ficheiro de vídeo com filme, - Projetor multimédia 	10'
A espiritualidade	- Estimular para o reconhecimento da dimensão espiritual no homem enquanto ser holístico.	- A espiritualidade enquanto dimensão humana.	<ul style="list-style-type: none"> - PC, - Colunas de som, - Ficheiro Power Point, - Projetor multimédia 	20'
Cartas dos Anjos	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar a importância da autodescoberta; - Apresentar ferramentas para desenvolver estratégias de <i>copping</i>; - Consciencializar para o próprio potencial individual (auto-consciência). 	- Dinâmica de grupo: "Cartas dos Anjos"	- Cartas dos anjos	20'
"O Anjo da Guarda"	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar a importância de cuidar do outro sem que ele saiba; - Motivar os participantes na sua caminhada de grupo, ajudar a conhecerem-se melhor e a conhecerem-se uns aos outros. 	- Dinâmica de grupo: "O Anjo da Guarda" de acordo com o guião	<ul style="list-style-type: none"> - Guião de atividade "O Anjo da Guarda" - Tiras de papel, - Recipiente 	15'

"Você pode vencer"	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a auto descoberta do eu interior e do potencial individual, - Motivar para a mudança de atitude perante as exigências da vida. 	- Apresentação de filme motivacional "Você pode vencer"	<ul style="list-style-type: none"> - PC, - Colunas de som, - Windows Media Payer, - Ficheiro de vídeo com filme, - Projetor multimédia 	5'
Encerramento da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar o bem-estar psicológico e subjectivo vivenciado no experienciar das sinergias criadas ao longo da sessão; - Promover o prolongamento desse bem estar, extrapolando para o local de trabalho. 	- Cartaz com destacáveis.		5'

CONTEUDOS DAS ACTIVIDADES

Apresentação de vídeo Inicial "Conexão com a Terra"

Material: PC + Windows Media Player + colunas de som + Ficheiro de vídeo com filme

Video: <http://www.youtube.com/watch?v=a6CydIrtZI4>

Técnica de quebra-gelo/Dinâmica de grupo "Terapia do Abraço"

Material: Guião de atividade "Técnica do Abraço" + PC + Windows Media Player + Colunas de som + Ficheiro de música.

Abraçar é um instinto, uma resposta natural a sentimentos de afeição, compaixão, carência e alegria. Abraçar é também uma ciência, um método simples de oferecer apoio, cura e crescimento, com resultados excelentes. Na sua forma mais elevada, abraçar é também uma arte. As técnicas do abraço são uma divertida mistura de impulsividade e seriedade. De acordo com Kathleen Keating, um bom abraço ajuda-nos a sentir as muitas dimensões do amor: a facilidade para dar e receber, a sensibilidade para o sofrimento, a disponibilidade para a alegria de se divertir e a profundidade da ternura.

- Colocam-se todos os elementos em circulo,

- Os elementos devem “escolher um parceiro” a quem dar um abraço,
- No final e de novo com todos os elementos em círculo dá-se o abraço coletivo.

Técnica de dinâmica de grupo “Ritual dos Círculos Brilhantes”

Material: Guião da atividade “Ritual dos Círculos Brilhantes” + PC + Windows Media Player + Colunas de som + Ficheiro de música.

Esta técnica permite que cada participante compreenda o quanto é importante dar e receber. O grupo deve perceber o poder da cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns, gera solidariedade, parceria e mudança.

- O dinamizador convida o grupo para abrir a atividade através do ritual dos círculos brilhantes,
- Informa-se ao grupo: em toda a actividade colocamos significado, concentração, emoção e ritmo,
- O facilitador informa sobre as mãos dadas:
 - A mão direita simboliza a nossa capacidade de ajudar. Deve estar por cima da mão esquerda do colega da direita,
 - A mão esquerda recebendo a direita do outro lado simboliza a nossa necessidade de troca,
 - Ao mesmo tempo em que podemos ajudar, precisamos saber receber ajuda,
 - Nenhum de nós é tão forte para somente ajudar ou tão fraco que somente receba ajuda,
 - A sinergia está no equilíbrio entre pedir, dar e receber colaboração.
- O facilitador fecha a dinâmica falando sobre a importância do círculo.
 - Neste círculo somos todos iguais.
 - Não há primeiro e não há último
 - Que permaneça neste círculo: a nutrição, a cooperação e a disponibilidade para consigo e para o outro.

Apresentação de vídeo motivacional “Atitude”

Material: PC + Windows Media Player + colunas de som + Ficheiro de vídeo com filme



Vídeo Motivacional Atitude.wmv

<http://www.youtube.com/watch?v=qxDmFsSiHLQ>

Apresentação em power point - Espiritualidade

Material: PC + colunas de som + power point

Está nas nossas mãos encarar cada dia que começa como uma nova oportunidade para alterar ou recomeçar algo na nossa vida que lhe renove o encanto. Quando algum tempo acaba, é porque outro está pronto para começar. A única forma de não andarmos perturbados é reconhecer que o que acontece tem sempre uma razão de ser. É através da expansão da consciência que qualquer conflito se resolve.

- Apresentação em Power Point – A Essência do Ser

Técnica de Dinâmica de grupo “Cartas dos Anjos”

Material: Cartas dos Anjos

As cartas dos Anjos são ferramentas para a autodescoberta indicando um caminho para a renovação e para a mudança. A disponibilidade dentro de cada pessoa para aprender torna-a mais consciente do seu potencial. Assim o uso destas ferramentas pode ser uma forma de reflexão ou meditação no dia a dia. “Jogando com os Anjos” é um jogo de transformação que nos ajuda a tomar consciência da nossa realidade cotidiana, ligando-nos ao nosso guia ou Anjo Interior, dando-nos a opção de mudar o passado-futuro por um presente consciente cheio de amor, conduzido pela nossa intuição.

- As cartas são baralhadas por cada colaborador;
- Cada um retira uma carta do baralho;
- É lida a mensagem correspondente à carta e pedido ao colaborador que reflita nela.

Técnica de Dinâmica de grupo “O anjo da Guarda”

Material: Guião de atividade “O Anjo da Guarda” + Tiras de papel + recipiente

O objetivo principal desta dinâmica é motivar os participantes em sua caminhada de grupo, ajudar a se conhecerem melhor e conhecerem-se uns aos outros.

A dinâmica é um pouco parecida com "amigo secreto". Se for possível, deverá acontecer durante um longo período.

- Colocar o nome de todos os participantes, em pedaços de papel dobrados, dentro de um recipiente,
- Cada participante deve retirar do recipiente um papel, a pessoa não poderá pegar seu próprio nome,

Cada um será o "Anjo da Guarda" daquela pessoa que pegou. Deverá mandar mensagens de otimismo quando ela estiver desanimada, elogiar quando fizer alguma coisa boa, ou criticar quando a mesma estiver atrapalhando a caminhada do grupo.

O Anjo da Guarda não deverá revelar o seu verdadeiro nome. Usará um pseudônimo ou apelido. Depois de um tempo definido pelo grupo deverá acontecer a revelação dos anjos. Depois poderá fazer um novo sorteio.

Apresentação de vídeo “Você pode vencer”

Material: Material: PC + Colunas de som + Windows Media Payer + Ficheiro de vídeo com filme



Você pode vencer!.wmv

http://www.youtube.com/watch?v=o_ZeV8h9jhE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabeza, M. (2003). *Jogando com os Anjos*. Pergaminho. Lisboa.

Félix, M. J.C. (2003). *Mais e Melhor*. Oficina do Livro. Lisboa.

Keating, Kathleen (1983). *A Terapia do Abraço*. Acedido em 20 de Junho de 2013 em <http://pt.scribd.com/doc/46475798/A-Terapia-do-Abraco-Kathleen-Keating>

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. 2ª Edição. Fim de Século. Lisboa.

Townsend, M. C. (2009) – *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. 6ª edição. Lusociência. Loures.

ANEXO III

Grelha de exame mental

Exame Mental

Apresentação Física	Idade Aparente: <input type="checkbox"/> Coincidente à real <input type="checkbox"/> Superior à real <input type="checkbox"/> Inferior à real Aspeto: <input type="checkbox"/> Pouco cuidado <input type="checkbox"/> Excêntrico <input type="checkbox"/> Cuidado <input type="checkbox"/> Outra: _____			
Consciência	<input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Hipervigília <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estupuroso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outra: _____			
Orientação	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Desorientação Alopsíquica <input type="checkbox"/> Desorientação Autopsíquica			
Expressão Facial	<input type="checkbox"/> Hipernímia <input type="checkbox"/> Hiponímia <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Expressivo <input type="checkbox"/> Inexpressivo <input type="checkbox"/> Perplexo <input type="checkbox"/> Aterrorizado <input type="checkbox"/> Risos Imotivados <input type="checkbox"/> Outra: _____			
Atitude	<input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Amigável <input type="checkbox"/> Confiante <input type="checkbox"/> Preocupado <input type="checkbox"/> Desconfiado <input type="checkbox"/> Arrogante <input type="checkbox"/> Sarcástico <input type="checkbox"/> Irreverente <input type="checkbox"/> Retraído <input type="checkbox"/> Hostil <input type="checkbox"/> Manipulador <input type="checkbox"/> Não colaborante			
Postura	<input type="checkbox"/> Expansiva <input type="checkbox"/> Retraída <input type="checkbox"/> Tensa <input type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Doença Neurológica <input type="checkbox"/> Estereotípias Motoras <input type="checkbox"/> Outra: _____			
Motricidade	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Hipercinésia <input type="checkbox"/> Bradicínésia <input type="checkbox"/> Acínésia <input type="checkbox"/> Cataplexia <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora			
Movimentos Dirigidos	<input type="checkbox"/> Maneirismos <input type="checkbox"/> Perseverações <input type="checkbox"/> Tiques <input type="checkbox"/> Estereotípias <input type="checkbox"/> Flexibilidade Cérea <input type="checkbox"/> Automatismos <input type="checkbox"/> Movimentos Discinéticos <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Contato	<input type="checkbox"/> Empático <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Impossível <input type="checkbox"/> Negativismo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Exuberante <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Humor	<input type="checkbox"/> Eufímico <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Irritável <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Delirante <input type="checkbox"/> Lábil <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Afetos	<input type="checkbox"/> Sintónico <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Restrito <input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Ambivalência afetiva <input type="checkbox"/> Labilidade emocional			
Discurso/ linguagem	Velocidade do discurso		Qualidade do Discurso	
	<input type="checkbox"/> Bradilália <input type="checkbox"/> Taquilália: <input type="checkbox"/> Loquacidade:		<input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Afonia <input type="checkbox"/> Distonia <input type="checkbox"/> Disfasia <input type="checkbox"/> Verbigeração <input type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Emoções	<input type="checkbox"/> Alexitimia <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Hiperemotividade <input type="checkbox"/> Apatia			
Pensamento	Curso	Forma	Posse	Conteúdo
	<input type="checkbox"/> Taquipsíquica <input type="checkbox"/> Bradipsíquica <input type="checkbox"/> Fuga de Ideias <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Circunstancial <input type="checkbox"/> Tangencial <input type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Perseverante <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Alienação <input type="checkbox"/> Obsessões <input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Crenças <input type="checkbox"/> Ideias Sobrevalorizadas <u>Delírios:</u> <input type="checkbox"/> Referência <input type="checkbox"/> Persecutório <input type="checkbox"/> Influência <input type="checkbox"/> Grandeza <input type="checkbox"/> Místico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Invenção
Percepção	<input type="checkbox"/> Ilusões		Alucinações:	
	<input type="checkbox"/> Sensação de Presença		<input type="checkbox"/> Visuais <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Gustativas <input type="checkbox"/> Olfativas <input type="checkbox"/> Tateis	Alterações da estrutura do Eu-Dissociação: <input type="checkbox"/> Despersonalização <input type="checkbox"/> Alteração Imagem Corporal <input type="checkbox"/> Membro Fantasma
Memória	<input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Evocação <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Memórias Delirantes <input type="checkbox"/> Falsos Reconhecimentos <input type="checkbox"/> Outra: _____			
Funções Biológicas Vitais	Instinto de Conservação	Fome / Sede	Libido	Sono
	<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Autoagressividade <input type="checkbox"/> Heteroagressividade <input type="checkbox"/> Ideias de Morte <input type="checkbox"/> Ideação Suicida	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Hiperfagia <input type="checkbox"/> Polidipsia	<input type="checkbox"/> Conservada <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Normalizado <input type="checkbox"/> Hipersónia <input type="checkbox"/> Insónia <input type="checkbox"/> Terapêutica adjuvante: _____

ANEXO IV

Escala de Hamilton para a Depressão

Escala de Hamilton – Depressão		
1	HUMOR DEPRIMIDO	
	0	Ausente
	1	Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido
	2	Sentimentos relatados espontaneamente com palavras
	3	Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência de choro
	4	Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente
2	SENTIMENTOS DE CULPA	
	0	Ausente
	1	Autorrecriinação; sente que dececionou os outros
	2	Ideias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações
	3	A doença atual é um castigo
	4	Ouve vozes de acusação ou denuncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras
3	SUICÍDIO	
	0	Ausente
	1	Sente que a vida não vale a pena
	2	Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte
	3	Ideias ou gestos suicidas
	4	Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)
4	INSÔNIA INICIAL	
	0	Sem dificuldades para conciliar o sono
	1	Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora
	2	Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites
5	INSÔNIA INTERMÉDIA	
	0	Sem dificuldades
	1	O paciente queixa-se de inquietude e perturbação durante a noite
	2	Acorda à noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar)
6	INSÔNIA TARDIA	
	0	Sem dificuldades
	1	Acorda de madrugada, mas volta a dormir
	2	Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama
7	TRABALHO E ATIVIDADES	
	0	Sem dificuldades
	1	Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos
	2	Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade)
	3	Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo)
	4	Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda
8	RETARDO (lentidão de ideias e fala, dificuldade de concentração, atividade	

	motora diminuída)
0	Pensamento e fala normais
1	Leve retardo à entrevista
2	Retardo óbvio à entrevista
3	Entrevista difícil
4	Estupor completo
9	AGITAÇÃO
0	Nenhuma
1	Inquietude
2	Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
3	Mexe-se, não consegue sentar quieto
4	Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios
10	ANSIEDADE PSÍQUICA
0	Sem dificuldades
1	Tensão e irritabilidade subjetivas
2	Preocupação com trivialidades
3	Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
4	Medos expressos sem serem inquiridos
11	ANSIEDADE SOMÁTICA
	Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como: Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; Cardiovasculares: palpitações, cefaleia; Respiratórios: hiperventilação, suspiros, frequência urinária, sudorese.
0	Ausente
1	Leve
2	Moderada
3	Grave
4	Incapacitante
12	SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS
0	Nenhum
1	Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdómen
2	Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos
13	SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL
0	Nenhum
1	Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias. Perda de energia e cansaço
2	Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2
14	SINTOMAS GENITAIS (Perda de libido, distúrbios menstruais)
0	Ausentes
1	Leves
2	Intensos
15	HIPOCONDRIA
0	Ausente
1	Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
2	Preocupação com a saúde
3	Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.

	4	Ideias delirantes hipocondríacas
16	PERDA DE PESO (Marcar A ou B)	
A – Quando avaliada pela história clínica		
	0	Sem perda de peso
	1	Provável perda de peso associada à doença atual
	2	Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
	3	Não avaliada
B – Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso		
	0	Menos de 0,5 Kg de perda por semana
	1	Mais de 0,5 Kg de perda por semana
	2	Mais de 1 Kg de perda por semana
	3	Não avaliada
17	CONSCIÊNCIA	
	0	Reconhece que está deprimido e doente
	1	Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
	2	Nega estar doente
18	VARIAÇÃO DIURNA	
A – Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar “nenhuma”		
	0	Nenhuma
	1	Pior de manhã
	2	Pior à tarde
B – Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar “nenhuma” caso NÃO haja variação		
	0	Nenhuma
	1	Leve
	2	Grave
NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18 B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser contabilizado.		
19	DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE (sensações de irrealidade, ideias niilistas)	
	0	Ausente
	1	Leve
	2	Moderadas
	3	Graves
	4	Incapacitantes
20	SINTOMAS PARANOIDES	
	0	Nenhum
	1	Desconfiança
	2	Ideias de referência
	3	Delírio de referência
	4	Delírio de referência e perseguição
21	SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS	
	0	Nenhum
	1	Leves
	2	Graves

ANEXO V

Plano 1ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Depressão e Ansiedade”

Plano da sessão nº 1

Título: “ Depressão e Ansiedade ”

Tema: Aprofundar conhecimentos acerca da depressão e ansiedade

Justificação:

Antes de ser dado início a um tratamento é importante verificar o nível de conhecimentos do cliente acerca da sua patologia. Assim, torna-se evidente que os clientes devam conhecer o que é a depressão e com esta se encontra relacionada com a ansiedade sendo esta um dos sintomas mais mencionados pelos utentes com diagnóstico de depressão.

O quadro depressivo manifesta-se por alterações duradouras de humor, cognição, psicomotricidade, biorritmicidade e volição. Entre as manifestações que um indivíduo em estado depressivo pode apresentar, é importante identificar: as alterações no humor que geralmente se encontram polarizadas para a depressão (sentimento expresso e observação de sinais de tristeza na maior parte do tempo), anedonia, choro fácil, apatia e ansiedade ou irritabilidade; as alterações no pensamento caracterizado por preocupações frequentes e por vezes exageradas, pessimismo e desesperança; podem ocorrer também alterações cognitivas, na psicomotricidade, sintomas neurovegetativos e ideação suicida (Alvarenga e Andrade, 2008).

Todos os indivíduos ficam depressivos de tempos a tempos sendo que no quadro depressivo existe uma perturbação no funcionamento social e ocupacional do cliente com pelo menos duas semanas de evolução (Townsend, 2011).

De acordo com o mesmo autor a ansiedade é uma resposta emocional que engloba apreensão, tensão e inquietação em antecipação ao perigo sendo a fonte desconhecida ou não reconhecida. A ansiedade pode ser considerada patológica quando interfere com a eficácia da vida diária, satisfação ou conforto emocional razoável (Shahrokh e Hales, 2003, citados por Townsend, 2011).

Os indivíduos ansiosos são menos tolerantes às incertezas, podendo avaliar determinadas situações da vida diária como potencialmente perigosas ou com um desfecho negativo, gerando assim preocupações excessivas. Algumas das manifestações

clínicas mais frequentes de ansiedade consistem na preocupação excessiva e na hiperexcitabilidade persistente, levando a manifestações físicas incontrolláveis relacionadas com a tensão (Knapp, 2004).

Os teóricos cognitivos defendem que a depressão é produto do pensamento negativo, assim a terapia cognitiva foca-se em ajudar o indivíduo a alterar o seu humor mudando a sua maneira de pensar. A pessoa é ensinada a controlar distorções de pensamento negativo que levam ao pessimismo, letargia, procrastinação e baixa auto-estima (Towsend, 2011).

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

De acordo com Seligman, 2011, a psicoterapia positiva tem como objetivo aumentar a quantidade de felicidade na vida. Então, o que nos faz realmente felizes? Assim, em primeiro lugar, deve-se fazer uma avaliação cuidadosa dos sintomas depressivos do paciente e dos seus valores de bem-estar e posteriormente estruturar a psicoterapia orientando para o aumento de emoções positivas, envolvimento e significado na vida.

Será então apresentado ao cliente todo o plano de intervenção da psicoterapia bem como uma breve abordagem à patologia como forma de capacitação para a gestão da mesma.

Objetivos:

- ❖ Analisar em conjunto com a cliente todo o plano de intervenção terapêutica.
- ❖ Identificar junto da cliente qual o seu nível de conhecimentos acerca da sua patologia (depressão);
- ❖ Incentivar o aprofundamento de conhecimentos acerca da sua patologia, para promover uma melhor gestão do processo terapêutico;
- ❖ Promover um espaço para a colocação de dúvidas acerca da sua doença e processo terapêutico;

Duração: 60 minutos

Local de realização: Gabinete de enfermagem do Centro de Processamento de Carnes SONAE em Santarém.

Material necessário:

O material necessário para a realização da sessão consiste no seguinte:

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- Folheto para entrega: “Depressão e ansiedade”;
- Escala de Hamilton para a depressão;
- Folha com resumo do plano de sessões.

Métodos e técnicas:

- ✓ Discussão das estratégias de intervenção (plano das sessões) com a cliente.
- ✓ Aplicação da escala Hamilton para a depressão (momento 1);
- ✓ Explicar à cliente os objetivos das sessões e a forma como estas irão decorrer (conjunto de 6 sessões com objetivo terapêutico), através da apresentação de um quadro síntese com as sessões esquematizadas;
- ✓ Entrevista para realização de exame mental;
- ✓ Identificação dos principais diagnósticos de enfermagem;
- ✓ Breve abordagem acerca da depressão/ansiedade, através da explicação do folheto: “Depressão e ansiedade”;
- ✓ Proposta de trabalho para casa “Apresentação positiva” com explicação do mesmo.
- ✓ Resumo do que foi abordado nesta sessão.

Referências bibliográficas

Alvarenga, P. A., Andrade, A. G. (2008) – *Fundamentos em Psiquiatria*. 1ª edição. São Paulo. Brasil.

Knapp, P. (2004). *A Terapia cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Seligman, M. E.P. (2011). *A Vida que Floresce*. Alfragide. Estrela Polar.

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

ANEXO VI

Plano 2ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Situações Felizes”

Plano da sessão nº 2

Título: “ Situações Felizes”

Tema: Pontos fortes ao nível do carácter

Justificação:

O carácter inclui as características mais profundas e mais estáveis da pessoa. Inclui os princípios pelos quais vivemos não sendo necessariamente sinónimos daqueles que se alegam seguir. A única maneira de se conhecer o carácter de uma pessoa é através das suas manifestações e comportamentos, ou seja, o que é observável (Ben-Shahar, 2010).

De acordo com Seligman (2011), tomar posse dos pontos fortes característicos de cada pessoa conduz a novas maneiras e mais frequentes de os utilizar. Um ponto forte característico tem as seguintes características distintivas:

- Uma noção de propriedade e autenticidade (“Este é o meu verdadeiro eu”);
- Uma sensação de entusiasmo ao exibi-lo, principalmente da primeira vez;
- Uma curva de crescimento rápida quando o ponto forte começa a ser posto em prática;
- Uma ânsia por encontrar novas formas de o usar;
- Uma sensação de inevitabilidade ao usar esse ponto forte (“Tentem impedir-me”);
- Fortalecimento em vez de exaustão, ao usar esse ponto forte;
- Criação e perseguição de objetivos pessoais que giram em torno dele;
- Alegria, entusiasmo, ou mesmo êxtase ao fazer uso desse ponto forte.

Assim, pretende-se que a cliente tome consciência e seja capacitada para a utilização dos seus pontos fortes em situações futuras.

Objetivos:

- ❖ Analisar em conjunto com a cliente a situação descrita na “Apresentação positiva”;
- ❖ Identificar em conjunto com a cliente os seus traços de carácter mais fortes;

- ❖ Abordar as situações em que os pontos fortes podem facilitar a promoção do prazer, do envolvimento e do significado;
- ❖ Identificar as situações em que podem ser colocados em prática.

Duração: 60 minutos

Local de realização: Gabinete de enfermagem do Centro de Processamento de Carnes SONAE em Santarém.

Material necessário:

O material necessário para a realização da sessão consiste no seguinte:

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- Folha com resumo do plano de sessões.

Métodos e técnicas:

- ✓ Análise do trabalho de casa solicitado à cliente com o tema “Apresentação positiva”;
- ✓ Introdução ao tema: promoção do prazer, do envolvimento e do significado;
- ✓ Abordagem às situações em que os pontos fortes podem facilitar a promoção do prazer, do envolvimento e do significado;
- ✓ Proposta de trabalho para casa “Diário das 3 bênçãos” com explicação da sua elaboração;
- ✓ Resumo do que foi abordado nesta sessão.

Referências bibliográficas

Ben-Shahar, Dr. Tal (2010). *Aprenda a Ser Feliz*. Alfragide. Estrela Polar.

Seligman, Martin E.P. (2011). *A Vida que Floresce*. Alfragide. Estrela Polar.

ANEXO VII

Plano 3ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “O Perdão”

Plano da sessão nº 3

Título: “ O Perdão”

Tema: O perdão como ferramenta para neutralizar sentimentos de amargura

Justificação:

As publicações sobre o perdão começaram a despontar em 1968 e mostraram um crescimento significativo durante as décadas de 1980 e 1990, permanecendo o interesse relativamente alto desde então. No terreno da psicologia, um campo de estudos sobre o perdão tem sido o das relações interpessoais. Neste, o perdão é operacionalizado como uma atitude motivada pela compaixão e observado em suas implicações para o desenvolvimento moral e social. Para perdoar é preciso, que uma pessoa reconheça que foi magoada por outra pessoa. A mágoa é uma função da percepção do evento que gerou o sentimento de injustiça variando a sua intensidade mesmo nas pessoas que vivenciaram injustiças semelhantes. O grau do perdão é influenciado pela intensidade da mágoa sofrida e pela proximidade entre as vítimas e os ofensores (Rique & Camino, 2009).

A maioria dos estudos evidencia que as motivações para perdoar fomentam o perdão e atenuam o sentido da vingança, permitindo que se estabeleçam objetivos, significado e propósito para a vida, e conseqüentemente aumentam o bem-estar físico e espiritual em situações de insatisfação existencial. Quanto mais a motivação se torna autónoma maior é a predisposição para perdoar. O estudo de conceitos mediadores como o perdão e a vingança através das relações que estabelecem com a espiritualidade e significados de vida (propósito e envolvimento), revelam-se muito importantes e influentes na saúde das pessoas, aumentando o seu bem-estar. O desenvolvimento da capacidade de perdoar deve comportar progressos significativos de promoção e prevenção da saúde (Beltrão, 2012).

Objetivos:

- ❖ Favorecer a reflexão sobre a representação das emoções;
- ❖ Introduzir o tema do perdão como ferramenta poderosa para neutralizar sentimentos de amargura;

Duração: 60 minutos

Local de realização: Gabinete de enfermagem do Centro de Processamento de Carnes SONAE em Santarém.

Material necessário:

O material necessário para a realização da sessão consiste no seguinte:

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- Folha com resumo do plano de sessões;
- Tiras de papel de várias cores;
- Caneta.

Métodos e técnicas:

- ✓ Realizar uma revisão da sessão anterior;
- ✓ Implementar a atividade “Cores dos Sentimentos”:

Descrição da atividade:

- **OBJETIVOS:** Favorecer a reflexão sobre a representação das emoções.
- **MATERIAL:** Tiras de papel de várias cores.
- **PROCEDIMENTOS:**
 - A enfermeira explica que quando saímos para um encontro, escolhemos a roupa, sapatos e acessórios. O que nos diz, nesse momento, a cor da roupa que resolvemos colocar?
 - Pede-se à cliente que feche os olhos e procure dentro de si associar o que está a sentir com uma cor;
 - Passados alguns segundos a enfermeira pede à cliente que escolha, em silêncio, uma tira de papel relacionando a cor do papel com os sentimentos do momento.
 - ✓ Introdução ao tema do perdão como ferramenta poderosa que pode neutralizar sentimentos de amargura;
 - ✓ Proposta de trabalho para casa “Carta de Perdão” com explicação da sua elaboração;
 - ✓ Resumo do que foi abordado nesta sessão.

Referências bibliográficas

Beltrão, António G. (2012). *PERDONARE - Internalização das motivações para o perdão e seus efeitos sobre os significados de vida*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia.

Rique, Júlio & Camino, Cleonice P. S. (2009). *O Perdão Interpessoal em Relação a Variáveis Psicossociais e Demográficas*. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Seligman, Martin E.P. (2011). *A Vida que Floresce*. Alfragide. Estrela Polar.

ANEXO VIII

Plano 4ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Portas Abertas”

Plano da sessão nº 4

Título: “ Portas Abertas”

Tema: Otimismo e esperança

Justificação:

A Psicologia positiva tem um importante papel na compreensão dos aspetos envolvidos no processo da doença bem como na manutenção da saúde da pessoa, e apontam a relevância do investimento científico na investigação dos fatores de proteção da saúde.

De acordo com Seligman (2011) o otimismo está fortemente associado à saúde cardiovascular e o pessimismo ao risco cardiovascular. Assim como o humor positivo está associado à proteção contra constipações e a gripe, e o humor negativo relacionado com maiores riscos de constipações e gripes. Uma outra conclusão é que as pessoas com elevado bem-estar psicológico correm menos riscos de desenvolver cancro.

Por outro lado, a vida é convivência com a dor, sofrimento mas a capacidade para reconhecer essa etapa como natural e temporária torna as pessoas mais resilientes. O que se pretende é eliminar o sofrimento desnecessário, sem sentido, banalizado ou vivido por não se avistarem alternativas, não sendo de todo, eliminar completamente o sofrimento pois isso não é possível (Rivero, 2011).

Assim, e de acordo com alguns estudos efetuados por Seligman (2011), o otimismo melhora objetivamente a saúde das pessoas. Alguns dos fatores referidos pelo mesmo prendem-se com os estilos de vida mais saudáveis que este tipo de pessoas adota, o apoio social relacionado com os amigos e os afetos e os mecanismos biológicos nomeadamente a genética, a resposta ao stress, a variabilidade do ritmo cardíaco, entre outros.

Objetivos:

- ❖ Discutir os sentimentos experimentados na escrita da “Carta de Perdão”;
- ❖ Introduzir o tema do otimismo e da esperança na resolução de problemas;

Duração: 60 minutos

Local de realização: Gabinete de enfermagem do Centro de Processamento de Carnes SONAE em Santarém.

Material necessário:

O material necessário para a realização da sessão consiste no seguinte:

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- Folha com resumo do plano de sessões;

Métodos e técnicas:

- ✓ Realizar uma revisão da sessão anterior;
- ✓ Discutir os sentimentos experimentados na escrita da “Carta de Perdão”;
- ✓ Rever a importância de cultivar emoções positivas ao escrever o “Diário das 3 Bênçãos”
- ✓ Abordar o otimismo e a esperança como ferramentas para ultrapassar situações difíceis;
- ✓ Proposta de trabalho para casa “3 portas se fecharam, quantas se abriram?”
- ✓ Resumo do que foi abordado nesta sessão.

Referências bibliográficas

Rivero, Catarina e Marujo, Helena A. (2011). *POSITIVA-MENTE..* Lisboa. Esfera dos Livros.

Seligman, Martin E.P. (2011). *A Vida que Floresce*. Alfragide. Estrela Polar.

ANEXO IX

Plano 5ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Atividades Agradáveis”

Plano da sessão nº 5

Título: “Atividades Agradáveis”

Tema: Saborear os momentos

Justificação:

De acordo com Seligman (2011) a capacidade para saborear é apresentada como uma técnica para aumentar a intensidade e a duração da emoção positiva.

A felicidade não surge apenas da simples satisfação de desejos imediatos, nem da prorrogação infinita do prazer é preciso encontrar tanto o significado como o prazer para se ter uma noção de propósito como a experiência de emoções positivas (Ben-Shahar, 2007).

A felicidade acontece quando cada pessoa se integra na sua própria vida de uma forma tão harmoniosa que tudo aquilo que faz lhe traz alegria. Se gosta muito do trabalho que faz, se gosta muito da maneira como vive, então a distração é difícil significando que se está verdadeiramente interessado naquilo que se faz (Osho, 2011).

Numa vida estruturada e ritualizada não é necessário contabilizar cada hora do dia e pode-se reservar algum tempo para comportamentos espontâneos. Mais importante ainda, pode-se integrar a espontaneidade num ritual como, por exemplo, decidir espontaneamente onde se vai na data ritualizada. Assim, paradoxalmente, a rotina pode ser libertadora para se ser criativo e espontâneo (Ben-Sahar, 2007).

O planeamento de atividades agradáveis pode ser então vista como uma forma de introduzir um ritual na vida quotidiana promovendo as emoções positivas.

Objetivos:

- ❖ Discutir o trabalho de casa “3 portas se fecharam, quantas se abriram” com base na esperança e otimismo;
- ❖ Introduzir o tema da capacidade de saborear como técnica para aumentar a intensidade e a duração da emoção positiva;

Duração: 60 minutos

Local de realização: Gabinete de enfermagem do Centro de Processamento de Carnes SONAE em Santarém.

Material necessário:

O material necessário para a realização da sessão consiste no seguinte:

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- Folha com resumo do plano de sessões;

Métodos e técnicas:

- ✓ Realizar uma revisão da sessão anterior;
- ✓ Discutir o trabalho de casa “3 portas se fecharam, quantas se abriram” com base na esperança e otimismo;
- ✓ Abordar a capacidade de saborear como técnica para aumentar a intensidade e a duração da emoção positiva;
- ✓ Proposta de trabalho para casa “Planeamento de atividades agradáveis”
- ✓ Resumo do que foi abordado nesta sessão.

Referências bibliográficas

Ben-Shahar, Dr. Tal (2010). *Aprenda a Ser Feliz*. Alfragide. Estrela Polar.

Seligman, Martin E.P. (2011). *A Vida que Floresce*. Alfragide. Estrela Polar.

Osho (2011). *Alegria - A Felicidade Interior*. Lisboa. Bertrand Editora.

ANEXO X

Plano 6ª sessão de intervenção psicoterapêutica positiva “Relaxamento”

Plano da sessão nº 6

Título: “Relaxamento”

Tema: O relaxamento como técnica para diminuir a ansiedade

Justificação:

O relaxamento é normalmente associado ao alívio da tensão e alongamento das fibras musculares em oposição à contração que acompanha a tensão muscular. Numa visão mais alargada e segundo Ryman (1995) o relaxamento é caracterizado como um estado de consciência em que surgem sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo. Assim sendo estão incluídos os aspetos psicológicos da experiência de relaxamento, como as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stresse ou perturbadores (Payne, 2003).

De acordo com Davis (1996) o relaxamento progressivo dos músculos diminui a frequência cardíaca e a pressão sanguínea, bem como a transpiração e o ritmo respiratório. O relaxamento muscular profundo reduz a tensão fisiológica e é incompatível com a ansiedade.

Achterberg (1985) define imagem mental como "o processo de pensamento que invoca e utiliza os sentidos" podendo as modalidades da visão, som, cheiro, sabor e tato estar todas envolvidas nesta atividade. A importância da imagem foi já sublinhada por Aristoteles quando afirmou que sem ela o pensamento era impossível. Ela está especialmente associada com a função criativa do pensamento. Lyman *et al* (1980) afirmam ter descoberto uma ligação entre as imagens e as emoções, mostrando experimentalmente que as situações com grande carga emocional são mais facilmente acompanhadas de imagens do que situações neutras (Payne, 2003).

O efeito relaxante das imagens agradáveis deve-se em parte à distração que cria a partir de pensamentos geradores de stresse. A imaginação pode aproximar-nos de igual forma do nosso eu interno, e esta sua característica pode ser usada para ajudar as pessoas a descobrir nelas próprias novas possibilidades, de forma a enriquecer as suas vidas (Payne, 2003).

Objetivos:

- Introduzir a técnica de relaxamento como ferramenta para alívio de sintomas de ansiedade;
- Analisar em conjunto com a cliente todo o plano de intervenção terapêutica.

Duração: 60 minutos

Local de realização: Gabinete de enfermagem do Centro de Processamento de Carnes SONAE em Santarém.

Material necessário:

O material necessário para a realização da sessão consiste no seguinte:

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- Folha com resumo do plano de sessões;
- PC + WMP + CD música relaxante;
- Guião de relaxamento "Ilha Deserta";
- Escala de Hamilton para a depressão.

Métodos e técnicas:

- Revisão da sessão anterior;
- Revisão sobre a plenitude da vida integrando o prazer, o envolvimento e o significado;
- Explicação dos benefícios do uso de técnicas de relaxamento;
- Realização de técnica de relaxamento com imagens mentais utilizando o guião "Ilha Deserta";
- Aplicação da escala de Hamilton para a depressão (momento 2)
- Resumo final das sessões.

Referências bibliográficas

Davis, M., Eshelman, E.R., McKay, M. (1996). *Manual de Relaxamento e Redução do Stress*. Summus. São Paulo. ISBN 85-323-0487-7.

Payne, R.A. (2003). *Técnicas de Relaxamento*. Lusociência. Loures. ISBN 187-662/02

ANEXO XI

Consentimento Informado

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Consentimento Informado

Eu, _____,
certifico que concordo em participar voluntariamente na Investigação Científica, que a Investigadora Tânia Catarina Gomes da Cruz em colaboração com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental Helena Luís, se encontram a desenvolver no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, cujo título é “Intervenção Psicoterapêutica Positiva na Depressão” e que não traz quaisquer benefícios para as mesmas.

A minha participação consiste em integrar um conjunto de seis sessões de Intervenção Psicoterapêutica Positiva e em responder aos instrumentos de colheita de dados destinados a avaliar os meus dados sociodemográficos e o grau de depressão, não sendo de todo obrigada a fazê-lo ou vedado o meu acesso à terapia caso não os preencha.

Todas as dúvidas que apresentei, sobre a minha participação neste estudo, foram esclarecidas pela Investigadora.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco para mim. Sei que posso cancelar a minha participação na investigação em qualquer momento e que não sou obrigada a participar em todas as sessões desenvolvidas, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Caso o deseje, sei também que terei acesso aos resultados deste estudo.

É-me garantida a confidencialidade de tudo o que eu disser, perguntar ou escrever.

___/___/2013

O Participante na Investigação

___/___/2013

O Investigador / Representante

ANEXO XII

Artigo de investigação para publicação segundo as regras da ASPESM

TÍTULO: Impacto de uma intervenção psicoterapêutica positiva, em contexto de saúde ocupacional, numa cliente com sintomatologia depressiva.

PRIMEIRO AUTOR: Tânia Cruz, enfermeira, Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria, taniacatarinacruz@hotmail.com

RESUMO

O aumento da incidência dos quadros depressivos na sociedade atual é indiscutível. Esta sociedade trouxe-nos a tecnologia, a inovação, o desenvolvimento mas ao mesmo tempo leva-nos no sentido da alienação, da urbanização e coloca-nos em contextos mais populados e ao mesmo tempo mais anónimos. As técnicas de psicologia positiva para aumento do bem-estar e felicidade tornam-se uma ferramenta fundamental para lidar com os níveis de stress e ansiedade a que todos são sujeitos no dia-a-dia.

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso de uma cliente com sintomatologia depressiva desenvolvido em contexto laboral, numa empresa de grandes dimensões da região centro.

Este estudo baseou-se na metodologia de estudo de caso, com comparação de resultados obtidos antes e após um conjunto de intervenções de enfermagem. Estas foram planeadas de acordo com um plano personalizado e executado durante seis sessões individuais de base psicoterapêutica e psicoeducativa, desenvolvidas semanalmente, com a duração de 60 minutos cada. O plano das intervenções foi elaborado de acordo com as necessidades identificadas na cliente e baseado nos princípios da psicoterapia positiva desenvolvidos por Martin Seligman (2011). Os instrumentos utilizados para a medição dos resultados foram a grelha de exame mental e a escala de Hamilton para a depressão. Todas as questões éticas e legais foram respeitadas.

No final da intervenção comprovou-se que apenas 6 sessões de intervenção psicoterapêutica positiva revelaram-se eficazes para a cliente em estudo, originando uma melhoria significativa no estado geral. Houve uma alteração positiva quer no exame mental quer nos resultados obtidos através da aplicação da escala de Hamilton para a depressão. A maior limitação identificada prendeu-se com a curta duração da intervenção psicoterapêutica, não havendo um acompanhamento mais prolongado por forma a prevenir possíveis recaídas.

Palavras-chave: Psicoterapia positiva; depressão; cuidados de enfermagem

INTRODUÇÃO

Os estados afetivos positivos, como a felicidade, o contentamento, a resiliência, o otimismo, a gratidão e a qualidade de vida, entre outros, têm nos últimos anos sido alvo de interesse quer por parte da psicologia quer por parte da psiquiatria (Ferraz, Tavares e Ziloberman, 2006).

A felicidade parece inacreditável, segundo Osho (2011) parece que o homem não consegue ser feliz, se falar acerca das depressões, infelicidade e tristeza todos acreditam, se falar que é feliz ninguém vai acreditar, parece não ser natural. Quando muito pode-se diminuir a infelicidade, viver mais confortável, mas fora do alcance do homem ser feliz.

Então é assim tão difícil ser feliz? Ou temos que trabalhar todos os dias nesse sentido? Primeiro, o foco da Psiquiatria concentrou-se nas doenças mentais, e não na compreensão e no desenvolvimento da saúde mental, paradigma este que tem vindo a alterar-se nos últimos anos. Atualmente a Psiquiatria cada vez mais está vocacionada para a promoção da saúde mental e prevenção da doença (Ferraz, Tavares e Ziloberman, 2006).

Rivero (2011) refere que talvez estejamos num momento histórico para investir na potenciação da felicidade, do bem-estar, das relações, das emoções positivas do propósito, do envolvimento e dedicação, e dos sucessos positivos, talvez seja esta a melhor forma de prevenir a doença mental. Mas não chega apenas prevenir o mal, há que fazer crescer o melhor.

A alegria e o prazer que se retira das pequenas coisas muitas vezes precisam de ser trabalhadas, de ser lembradas, pois o mais fácil de recordar ao fim do dia é o cansaço que o trabalho provocou e não o que trouxemos hoje de novo como reflexão.

A maior incidência de quadros depressivos na sociedade contemporânea é indiscutível. Um período ocasional de “melancolia”, tristeza, e desânimo é comum entre pessoas saudáveis e considerado como uma resposta normal às desilusões quotidianas da vida. No entanto, quando estes episódios se prolongam no tempo e o indivíduo não consegue adaptar-se à nova situação podem desenvolver-se sintomas depressivos (Townsend, 2011).

O tratamento precoce da depressão pode diminuir o tempo de sofrimento do cliente, existindo também evidência de que reduz o tempo de evolução da doença. Assim, para o tratamento da depressão deverá ser desenvolvido um plano terapêutico precoce, decidido por uma equipa terapêutica e que integre intervenções de enfermagem.

A psicologia positiva surge na evidência científica como um dos métodos eficazes no tratamento da depressão (Sin & Lyubomirsky, 2009; Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang e Doraiswamy 2011; Seligman, 2011; Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012). Como acontece em outras abordagens psicoterapêuticas, a psicoterapia positiva envolve um conjunto de técnicas cuja aplicação é mais eficaz se estiverem presentes elementos terapêuticos básicos como o calor humano, a empatia cuidadosa, a confiança e sinceridade básicas e o entendimento mútuo, podendo ser uma terapia utilizada como base da intervenção de enfermagem em situações de depressão.

METODOLOGIA

O estudo realizado enquadra-se na metodologia de estudo de caso que, segundo Ponte (2006), é uma investigação que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.

O objetivo para este estudo foi de compreender o impacto de uma intervenção psicoterapêutica positiva, em contexto de saúde ocupacional, numa cliente com sintomatologia depressiva.

A população alvo do estudo compreende todos os colaboradores de uma empresa da região centro que recorrem à consulta de enfermagem no referido estabelecimento.

A amostra foi não probabilística/intencional, sendo constituída por apenas um elemento que recorreu à consulta de enfermagem e que possuía os seguintes critérios de inclusão: ser adulto, falar fluentemente português, apresentar sintomatologia depressiva e ter condição cognitiva para participar nas intervenções.

Neste estudo de investigação foi utilizada uma grelha de exame mental, cuja elaboração foi baseada em orientações de Abreu (2012), Davis (2000), Trzepacz, e

Baker, (2001) e Zuardi e Loureiro (1996) e a escala de Hamilton para a depressão. Ambos os instrumentos foram aplicados no início e no final da intervenção.

A grelha de exame mental é uma ferramenta essencial para avaliar perturbações emocionais, comportamentais ou cognitivas. Permite, igualmente, em diferentes alturas, fazer uma avaliação objetiva da doença e da resposta à terapêutica. Assim, o exame mental é uma componente de avaliação que inclui a observação do comportamento do cliente e a sua descrição de forma objetiva e sem juízos de valor (Trzepacz e Baker 2001).

Por outro lado, a escala de Hamilton para a depressão (HAM-D), elaborada por Hamilton (1960) é utilizada para avaliar e quantificar a sintomatologia depressiva em pacientes portadores de transtornos de humor. Permite avaliar a severidade da depressão de uma forma objetiva. É um questionário de autorresposta constituído por 21 itens, escala tipo likert, cuja pontuação atribuída a cada item varia entre 0 e 2 ou 0 e 4 sendo a que 0 representa ausência do sintoma e 2 ou 4 representa a presença do sintoma no seu máximo.

Para obter a pontuação, devem-se somar os pontos obtidos em todos os itens, podendo os resultados alcançados variar entre 0 e 62. Um valor situado entre 0 e 6 indica ausência de depressão, entre 7 e 17 indica depressão leve, entre 18 e 24 indica depressão moderada e mais de 24 valores indica depressão grave. O grau de confiabilidade da escala HAM-D, medido pela consistência interna e pela confiabilidade entre avaliadores, é considerado bom ou excelente. A sua validade, comparada com outros instrumentos para avaliação de sintomas de depressão, tem sido demonstrada em vários estudos, nos quais as pontuações são comparadas em grupos de clientes com transtornos depressivos de gravidade diferente (Blacker, 2000). Este foi um dos aspetos importantes na escolha da escala HAM-D no presente estudo.

O estudo foi desenhado para desenvolver durante três fases. Numa primeira fase realizou-se uma avaliação inicial da situação com as seguintes intervenções de Enfermagem específicas: consulta de enfermagem especializada em saúde mental, identificando colaboradores que apresentassem sintomatologia sugestiva de perturbação depressiva; aplicação da grelha de exame mental e aplicação da escala de Hamilton para a depressão confirmando a existência de perturbação depressiva. Na segunda fase o objetivo principal foi desenvolver e implementar uma intervenção psicoterapêutica positiva de enfermagem, personalizada para a cliente identificada, e

baseada em pesquisa bibliográfica relevante, nomeadamente no conceito de Psicoterapia Positiva de Martin Seligman. O plano foi estruturado para seis sessões de 60 minutos cada, realizadas semanalmente e de acordo com a disponibilidade da cliente, portanto durante um período de seis semanas. Para além de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas realizadas em sessões individuais, foi também solicitada a realização de “trabalhos de casa” que complementassem a intervenção. A terceira fase consistiu na avaliação final da intervenção, com as seguintes intervenções de Enfermagem específicas: aplicação da grelha de exame mental e aplicação da escala de Hamilton para a depressão após seis semanas de intervenção psicoterapêutica positiva. No quadro 2 será apresentado o resumo das sessões de Intervenção Psicoterapêutica Positiva realizadas com a cliente.

Quadro 2 – Resumo Plano das sessões de Intervenção Psicoterapêutica Positiva

1ª Sessão - Depressão e Ansiedade
<ul style="list-style-type: none"> • Exposição dos objetivos das sessões e da forma como estas iriam decorrer; • Implementação do exame mental; • Aplicação da escala de Hamilton para a depressão (momento 1); • Breve abordagem acerca da depressão/ansiedade; • Entrega de folheto informativo acerca da depressão; • Discussão das estratégias de intervenção com a cliente; • Trabalho para casa: “Apresentação Positiva”: foi proposto à cliente que escrevesse, numa página, uma história concreta onde surgisse no seu melhor, ilustrando como usou os pontos fortes mais salientes ao nível do seu carácter; • Resumo final da sessão.
2ª Sessão - Situações Felizes
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da sessão anterior; • Leitura do trabalho de casa: “Apresentação Positiva”; • Abordagem às situações em que os pontos fortes pudessem facilitar a promoção do prazer, do envolvimento e do significado; • Trabalho para casa: “Diário das 3 Bênçãos”: em que a cliente registasse, todas as noites, três coisas boas (grandes ou pequenas) que aconteceram naquele dia; • Resumo final da sessão.
3ª Sessão - O Perdão
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da sessão anterior; • Implementação de uma atividade: “Cores dos sentimentos”; • Introdução do perdão como ferramenta poderosa que pode neutralizar sentimentos de amargura; • Trabalho para casa: “Carta de Perdão”: a cliente deveria escrever uma carta de perdão descrevendo uma transgressão e as emoções com ela relacionadas e comprometer-se a perdoar o transgressor, embora a carta não fosse entregue ao destinatário; • Resumo final da sessão.
4ª Sessão - Portas Abertas
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da sessão anterior; • Discussão dos sentimentos experimentados na escrita da “Carta de perdão”; • Revisão da importância de cultivar emoções positivas escrevendo o “Diário das 3 Bênçãos” e usando os pontos fortes do seu carácter; • Abordagem ao otimismo e à esperança. • Trabalho para casa: “3 portas se fecharam, quantas se abriram?”: a cliente deveria pensar em três portas que se fecharam para ela e quais foram as que se abriram; • Resumo final da sessão.

5ª Sessão - Atividades Agradáveis
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da sessão anterior; • Discussão do trabalho de casa anterior “3 portas se fecharam quantas se abriram?”; • Abordagem sobre a capacidade de saborear como técnica para aumentar a intensidade e a duração da emoção positiva; • Trabalho para casa: “Planeamento de atividades agradáveis”: a cliente iria planejar atividades agradáveis e realizá-las como planeado; • Resumo final da sessão.
6ª Sessão - Relaxamento
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da sessão anterior; • Revisão sobre a plenitude da vida integrando o prazer, o envolvimento e o significado; • Explicação dos benefícios do uso de técnicas de relaxamento; • Realização de técnica de relaxamento com o guião “Ilha Deserta”; • Aplicação da grelha de exame mental; • Aplicação da escala de Hamilton para a depressão (momento 2); • Resumo final das sessões.

ANÁLISE DOS DADOS

A natureza deste estudo de investigação reflete-se na resposta à questão de investigação formulada inicialmente, tendo em conta a aplicação da grelha de exame mental e escala de Hamilton para a depressão num primeiro momento, ou seja, na entrevista de enfermagem inicial e num segundo momento, ou seja, depois da aplicação da intervenção psicoterapêutica positiva. De acordo com a aplicação da grelha de exame mental e escala de Hamilton para a depressão foi possível estabelecer diagnósticos de enfermagem baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão 2), sendo que os resultados obtidos nos dois momentos serão apresentados de forma a justificar os ganhos em saúde obtidos pela intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental. Assim, no quadro 1 é abordada a anamnese/descrição do caso para uma melhor compreensão do mesmo.

Quadro 1 – Descrição do estudo de caso

ANAMNESE/DESCRIÇÃO DO CASO
6. MOTIVO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM
<p>Mulher de 50 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, divorciada, solicitou consulta de enfermagem no dia 3 de maio de 2013.</p> <p>Como sintomatologia predominante a cliente apresentava choro fácil, referiu sentir-se angustiada e amargurada, sonolenta pois tinha iniciado medicação antidepressiva, ansiolítica e hipnótica há cerca de 3 semanas o que lhe causava grandes dificuldades na execução do seu trabalho adequadamente. Afirmou “necessito de conversar com alguém e desabafar”.</p>
7. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL
<p>Há 3 semanas iniciou quadro de insónia, cefaleias, astenia e adinamia após rutura afetiva com atual companheiro, tendo recorrido ao médico de família. A situação manteve-se pelo que recorreu ao serviço de urgência do hospital e foi observada por um médico psiquiatra. Segundo a cliente foram-lhe prescritos vários medicamentos que a deixaram sonolenta durante o dia impedindo que realizasse o seu trabalho na empresa adequadamente.</p>
8. HISTÓRIA PESSOAL
<p>A cliente referiu que sempre foi uma criança saudável desde a infância e mesmo depois de adulta não sofreu de outras patologias orgânicas. À data da consulta em que foram colhidos os dados coabitava com o seu filho mais novo e afirmou que a atmosfera do lar era bastante saudável.</p>
9. PERSONALIDADE PRÉVIA

A cliente afirmou que sempre foi uma pessoa energética e bem-disposta, andava “sempre a cantar”. Tem bom relacionamento social no trabalho e muitos amigos.

10. HISTÓRIA FAMILIAR

A mãe da cliente tem antecedentes de quadro depressivo, o pai sem patologias do foro psiquiátrico. A cliente mantinha bom relacionamento com os pais e com o seu irmão mais novo.

Relativamente aos dados obtidos pela aplicação da grelha de exame mental pode-se referir que os itens: apresentação física, consciência, orientação, atitude, movimentos dirigidos, contato, afetos, percepção e funções biológicas vitais, não apresentavam alterações. De referir que o sono encontrava-se normalizado pois a cliente utilizava terapêutica adjuvante. Relativamente à expressão facial apresentava choro fácil, a postura era tensa, no que diz respeito à motricidade apresentava-se inquieta, o humor era depressivo, na expressão de emoções apresentava-se ansiosa, em relação ao pensamento apresentava taquipsiquia e pensamento circunstancial, pressão do discurso e hipermnésia no item da memória.

A evolução observada na cliente ao longo das sessões foi notória. A relação de empatia e confiança que foi estabelecida e construída em cada sessão entre enfermeira e cliente foi bastante proveitosa. No final da primeira sessão, a cliente conseguiu esboçar um sorriso e referiu que se sentia mais aliviada depois de verbalizar tantos aspetos que a angustiavam. Nas sessões seguintes era visível a descontração crescente da mesma, o humor foi-se revelando cada vez menos deprimido e o fâcies mais expressivo. A inquietação também deixou de ser visível bem como a ansiedade. De referir alguns aspetos de avaliação subjetiva da cliente: desde que lhe foi pedido que escrevesse no diário três coisas boas que tivessem acontecido nesse dia, a cliente referiu que sempre que tinha consulta de enfermagem esse aspeto era apontado sempre como uma bênção naquele dia.

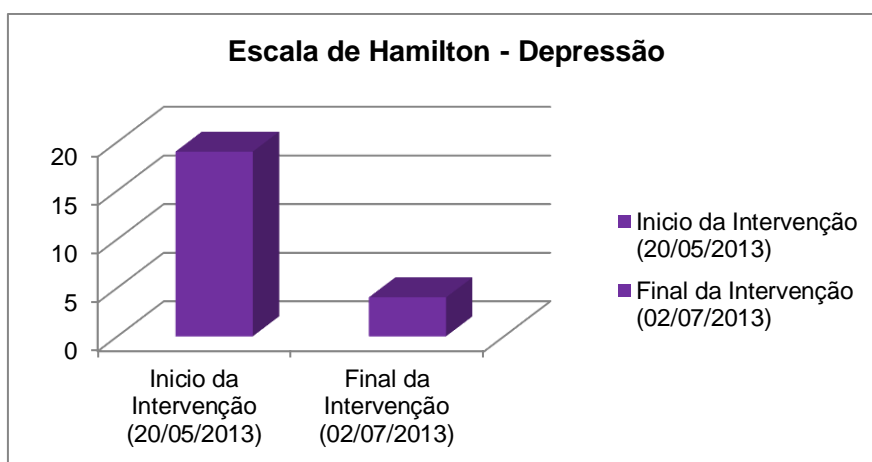
A reflexão produzida pela leitura dos trabalhos de casa foi de extrema importância, tendo em alguns momentos sido indutor de choro na cliente mas ao mesmo tempo “libertador” como a mesma referia. Em duas das sessões a cliente apresentava cansaço físico acentuado, pelo acumular de funções em vários locais de trabalho. Nessas duas sessões, não foi visível a taquipsiquia nem a pressão de discurso. A cliente realizou todos os trabalhos de casa propostos, tendo sido efetuada a análise de todas elas durante as sessões. A última sessão (relaxamento) revelou-se particularmente importante pois permitiu à cliente a realização de uma atividade que nunca tinha experimentado e que poderia ser desenvolvida no domicílio por sua iniciativa própria. Nas últimas sessões a cliente já verbalizava que iria “sentir saudades destes bocadinhos que aqui passo”.

Foi visível a alteração de status em alguns dos itens do exame mental, no final da intervenção a cliente apresentava fácies expressivo e humor eufímico, sendo que os itens que não sofreram alterações foram apenas relativamente à memória mantendo-se a hipermnésia, e ao discurso que mantinha pressão no mesmo.

A aplicação da escala de Hamilton para a depressão no início da intervenção psicoterapêutica positiva permitiu obter uma pontuação de 19, ou seja, depressão moderada. Já no final da mesma, a pontuação obtida pela aplicação da escala foi de 4, ou seja, depressão ausente.

Com os dados objetivos e subjetivos obtidos através da aplicação destes dois instrumentos foi possível não só estabelecer o diagnóstico de enfermagem de acordo com a CIPE® 2 e programar as intervenções a realizar com a cliente, mas também avaliar o impacto das mesmas. A referida intervenção originou alterações quer no comportamento, quer na postura quer na melhoria do score ao nível da aplicação da escala de Hamilton como podemos verificar no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Resultados da aplicação da Escala de Hamilton – Depressão



O diagnóstico de enfermagem estabelecido no início da intervenção teve uma alteração significativa com a aplicação das intervenções de enfermagem desenvolvidas no decorrer da mesma. No Quadro 6 podemos verificar o diagnóstico de enfermagem inicial, o plano de atividades desenvolvido para a cliente e finalmente o diagnóstico de enfermagem final justificando os ganhos em saúde com a intervenção de enfermagem.

Quadro 3 – Diagnóstico de enfermagem inicial, intervenções de enfermagem e diagnóstico de enfermagem final

Diagnóstico de Enfermagem (20/05/2013)	Intervenções de Enfermagem
Depressão presente	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a depressão: <ul style="list-style-type: none"> ▀ Aplicação Exame Mental, ▀ Aplicação Escala de Hamilton – depressão (pontuação – 19); - Estabelecer confiança, - Gerir comunicação, - Gerir segurança do ambiente: <ul style="list-style-type: none"> ▀ Proporcionar ambiente calmo e tranquilo, sem interrupções; - Aplicar terapia: <ul style="list-style-type: none"> ▀ Realizar 6 sessões de Intervenção Psicoterapêutica Positiva (personalizado)
Diagnóstico de Enfermagem (02/07/2013)	Intervenções de Enfermagem
Depressão melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a depressão: <ul style="list-style-type: none"> ▀ Aplicação Exame Mental ▀ Aplicação da escala de Hamilton – depressão (pontuação – 4)

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos resultados obtidos com este estudo de caso, podemos concluir que existem diferenças consideráveis entre o início e o final da intervenção psicoterapêutica positiva.

Existiu uma redução bastante acentuada nas pontuações obtidas, nos diferentes momentos, através da aplicação da escala de Hamilton para a depressão, com conseqüente alteração dos diagnósticos de enfermagem formulados inicialmente.

A evolução observada na cliente no decorrer das intervenções foi bastante visível, nomeadamente na expressão facial da mesma, humor, postura e redução dos níveis de ansiedade. A cliente referiu várias vezes, durante as sessões, que “era uma das bênçãos do dia”, que se sentia “muito mais aliviada no final de conversar”, que “os problemas já lhe pareciam mais pequenos”.

Esta intervenção demonstrou que é possível realizar uma intervenção especializada estruturada e com resultados observáveis em contexto laboral. A cliente apresentou evolução positiva num curto prazo de tempo (6 semanas). Assim, a abordagem em contexto laboral é tão viável como num contexto institucional, necessitando apenas de mais sessões. Tendo em conta estes resultados para uma intervenção mais eficaz seriam necessários vários meses, para um acompanhamento adequado da cliente, prevenindo possíveis recaídas. No entanto os ganhos em saúde obtidos foram bastante visíveis, sendo que, não é de descurar o fato da cliente estar a realizar terapêutica antidepressiva.

No estudo realizado por Seligman (2011) a psicoterapia positiva causou mais alívio dos sintomas depressivos em todos os resultados avaliados do que o tratamento

habitual e do que os medicamentos. Assim, 55% dos clientes que receberam psicoterapia positiva, 20% dos que receberam o tratamento habitual e apenas 8% dos que, para além deste tratamento, tomaram medicação, alcançaram a remissão dos sintomas.

Os vários exercícios positivos desenvolvidos com a cliente, incluindo os trabalhos de casa propostos e realizados pela mesma poderão ter contribuído para a prevenção de possíveis recaídas, o que vai ao encontro do que refere Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang e Doraiswamy (2011) no sentido de que ensinar os clientes a encontrar formas de aumentar as suas cognições positivas, emoções e comportamentos, mesmo sem a ajuda posterior do profissional, previne possíveis recaídas.

Os resultados obtidos neste estudo de caso vêm também ao encontro dos resultados obtidos na meta-análise realizada por Sin e Lyubomirsky (2009) que revelaram que as intervenções de psicologia positiva melhoraram significativamente o bem-estar dos clientes e diminuíram os sintomas depressivos.

O curto tempo disponível para o desenvolvimento da intervenção e o número de participantes na mesma ser de apenas um elemento foram duas dificuldades relevantes na obtenção de resultados observáveis da intervenção através da aplicação da escala de Hamilton para a depressão. No entanto, e apesar destas limitações, a mesma revelou-se uma ferramenta eficaz para a avaliação de intervenções mesmo a curto prazo como foi o caso desta.

CONCLUSÕES

A abordagem da intervenção em termos de estudo de caso revelou-se importante para a investigação tendo em conta que permitiu uma análise bastante detalhada da situação da cliente, permitindo explorar áreas para além da simples aplicação da escala de Hamilton para a depressão. Foi possível realizar uma observação mais eficaz e de acordo com os dados obtidos elaborar um plano de cuidados personalizado para a cliente.

Pode-se concluir que o objetivo da investigação neste estudo de caso foi atingido completamente. O impacto de uma intervenção psicoterapêutica positiva, em contexto de saúde ocupacional, numa cliente com sintomatologia depressiva foi considerável e foram alcançados resultados positivos (remissão da sintomatologia depressiva).

Apesar da evidência científica, encontrada através da pesquisa narrativa de literatura, descrever este tipo de intervenções como apenas realizado por profissionais principalmente da área da psicologia, os enfermeiros especialistas em Saúde Mental têm nesta abordagem aos clientes com perturbação depressiva um papel fundamental ainda a explorar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J.L.P. (2012). Introdução à Psicopatologia Compreensiva. (6ª edição). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Blacker, D. (2000). "Psychiatric Rating Scales". In Sadock, B.J., Sadock V.A. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7ª Edição. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, V1, pp 755-783.

CIPE ® Versão 2 (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Lusodidacta.

Davis, F.A. (2000). Dicionário Médico Enciclopédico Tabler. Lusodidacta. Loures.

Ferraz, R.B., Tavares, H., Ziloberman, M.L. (2006). Felicidade: Uma Revisão. Acedido em 10 de Fevereiro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a05v34n5.pdf>.

Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry; 23: 56-62.

Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., Doraiswamy, P.M. (2011) Delivering Happiness: Translating Positive Psychology Intervention Research for Treating Major and Minor Depressive Disorders. Acedido em 17 de abril de 2014 em <http://sonjalyubomirsky.com/wp-content/themes/sonjalyubomirsky/papers/LCLWD2011.pdf>

Osho (2011). Alegria a Felicidade Interior. Bertrand Editora. Lisboa.

Ponte, J.P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. Bolema, 25, 105-132. Este artigo é uma versão revista e atualizada de um artigo anterior: Ponte, J.P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. Quadrante, 3(1), pp3-18. (re-publicado com autorização).

Rivero, C., Marujo, H.A. (2011). Positiva-mente. A esfera dos Livros. Lisboa.

Seligman, M.E.P. (2011). A Vida que Floresce. Alfragide. Estrela Polar.

Sin, N.L., Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. Acedido em 17 de março de 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19301241>

Townsend, M.C. (2011) – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. 6ª edição. Lusociência. Loures.

Trzepacz, P. T., Baker, R. W. (2001). Exame Psiquiátrico do Estado Mental. Climepsi Editores. Lisboa.

Zuardi, A.W., Loureiro, S.R. (1996). Semiologia Psiquiátrica. Simpósio: Semiologia Especializada. Ribeirão Preto. Brasil. Acedido em 27 de Janeiro de 2012 em http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n1/semiologia_psiquiatica.pdf