

LOCALIZAÇÃO

O serviço de internamento do Departamento de Psiquiatria situa-se no piso 1 do Hospital.

O QUE PODE TRAZER

- Camisas de dormir / pijamas;
- Roupa interior
- Roupão sem cinto;
- Chinelos ou pantufas;
- Pentes, sabonete, shampoo, escova e pasta de dentes;
- Utensílios descartáveis para a barba;
- Roupa prática e confortável;
- Garrafa de água;
- Livros, revistas.

O QUE NÃO PODE TRAZER

- ✘ Telemóveis;
- ✘ Alimentos;
- ✘ Valores (jóias);
- ✘ Objectos cortantes (navalhas, tesouras, cortanhas);
- ✘ Isqueiro ou fósforos;
- ✘ Aconselha-se que não entregue ao seu familiar grandes quantias de dinheiro (Máx.5 €), o qual será guardado em local próprio.

VESTUÁRIO

Enquanto não trouxerem roupa para o seu familiar, o serviço fornecer-lhe-á o vestuário que necessita.

Os familiares são responsáveis pelo tratamento da roupa do doente.

FUMAR

Se o seu familiar é fumador é importante fornecer-lhe o tabaco (o qual fica guardado no serviço).

Os doentes têm um espaço próprio no exterior do serviço, no qual podem fumar em horário pré-estabelecido:

- **10h; 14h; 16:30h, 19:30h e 22:30h** durante 15 minutos, sob supervisão de um Assistente Operacional (responsável pela distribuição do tabaco).

Não é permitido fumar em nenhum outro local da Enfermaria.

Por questões de segurança, não é permitido aos doentes terem em seu poder, isqueiros ou fósforos, pelo que não lhos pode trazer.

REFEIÇÕES

O Hospital fornece alimentação adequada a cada doente.

INFORMAÇÕES – TELEFONEMAS

As informações sobre o estado clínico do seu familiar são transmitidas:

- Diariamente, das 12:30h às 13:30h, sob marcação prévia, pela Médica Assistente;
- Diariamente, no período das visitas pelo Enfermeiro;
- Telefonicamente no período das visitas, através do 243 300 856.

Se o doente não tiver visitas pode solicitar ou receber uma chamada telefónica entre as 17 e as 18h30.

VISITAS

Horário: 17h–18:30h

Local: Sala de convívio/refeitório; duas pessoas por doente.

Mediante avaliação realizada pelos Enfermeiros de serviço, se a situação clínica do doente o permitir, a visita de crianças com idade inferior a 12 anos decorrerá das 19.00h às 19.30h.

SERVIÇO SOCIAL

Está localizado junto à Consulta Externa de Psiquiatria no piso 0.

As Técnicas de Serviço Social deste serviço são a Dr.ª Cidália Assunção e Dr.ª Rosa Maria.

Horário de atendimento: 9h – 16h de 2ª a 6ª feira.

Telefone: 243 300 298

Elaborámos este folheto a pensar em si.

Esperamos que nele encontre informações úteis acerca do funcionamento do serviço, devendo em caso de dúvida dirigir-se ao Enfermeiro de serviço.

As suas opiniões, comentários e sugestões vão ajudar-nos a melhorar.

A equipa do Departamento de Psiquiatria e Saúde mental – Serviço de Internamento deseja aos doentes uma estadia agradável e um restabelecimento tão breve quanto possível, contribuindo de todas as formas para o êxito do tratamento.

Enfª Chefe do DPSM: Enfª Teresa Massano

Director do DPSM: Dr.ª Paula Pinheiro

ELABORADO POR:

EQUIPA DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DE SANTARÉM.

HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM



Serviço de Internamento de Psiquiatria

Nome _____ Cama _____

Médico Responsável _____

Entrevista ___/___/___, às _____ Horas

Técnico _____

Telefone: **243 300 856**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema: Aspectos legais, éticos e deontológicos relacionados com a privacidade e protecção da informação referente ao utente internado – Uma proposta de norma interna

Prelectores: Ricardo Rocha, Vera Leal

Data: 13 de Junho de 2012

Duração: 60 minutos;

Destinatários: Enfermeiros, psicólogos, psiquiatras e secretárias de serviço do serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém

Local: Sala de Reuniões do serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém

Objectivos:

- ✓ Promover a reflexão de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados no serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém sobre as práticas de registo e garantia da privacidade dos dados pessoais dos utentes internados no serviço;
- ✓ Apresentar algumas propostas de melhoria das actuais práticas.

ETAPA	CONTEÚDOS	MÉTODO	DURAÇÃO	PRELECTOR
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Apresentação dos prelectores; ↪ Divulgação dos objectivos da sessão; ↪ Referência à estrutura da apresentação. 	Método expositivo	5'	Ricardo
DESENVOLVIMENTO	↪ Apresentação de alguns aspectos éticos e legais sobre o que a privacidade, o direito à intimidade, direito à intimidade da vida privada e a circulação de informação sobre estes aspectos.	Método Expositivo (datashow)	5'	Ricardo
	↪ Discussão de propostas sobre a informação a constar nos processos quando doente se desloca ao exterior do serviço e carta de alta;	Discussão entre os presentes	10'	Ricardo
	↪ Apresentação de aspectos legais referentes à adequação da informação colhida e registada sobre a privacidade do utente/família e as medidas especiais de segurança a ter na preservação da confidencialidade destes dados.	Método Expositivo (datashow)	5'	Vera
	↪ Discussão de propostas sobre que dados devem estar englobados nos registos realizados pelos profissionais.	Discussão entre os presentes	10'	Vera
	↪ Apresentação de aspectos éticos e legais relacionados com a transmissão de informação referentes à privacidade do utente/família.	Método Expositivo (datashow)	5'	Vera
	↪ Discussão de propostas sobre transmissão de informação do doente por via telefónica.	Discussão entre os presentes		

			10'	Vera
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Conclusões; ↳ Esclarecimento de dúvidas. 	Método Expositivo	10'	Prelectores

GRUPOS E CONFIGURAÇÕES VINCULARES

CONTRIBUIÇÕES PARA A
CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA
METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO
DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE
MENTAL

Gabriel Sequeira (Médico Interno de MGF) ; Vera Leal (Enf^a
CPLESM) e Mafalda Silva (Psicóloga Clínica)

Análise das Partes I e IV

- ▶ **Parte I - Introdução à Psicanálise dos Vínculos**
 - **Capítulo 1** *Primórdios: psicoterapia analítica de grupo - a trajetória de uma ideia e de uma praxis*
 - **Capítulo 2** *Fundamentos da psicanálise dos vínculos*
 - **Capítulo 3** *O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos*
 - **Capítulo 4** *Entendendo e atendendo os Sistemas Humanos*

Análise das Partes I e IV (cont.)

- ▶ **Parte IV - O grupo e suas configurações**
 - **Capítulo 18** *Os diferentes objetivos do trabalho grupal*
 - **Capítulo 19** *Grupos Operativos*
 - **Capítulo 20** *Grupos de reflexão e grupos de discussão*
 - **Capítulo 21** *Família: uma psicoterapia de grupo?*
 - **Capítulo 22** *Potencialidades do trabalho com os vínculos familiares: novas demandas.*

Parte I

Introdução à Psicanálise dos Vínculos

Capítulo 1: Primórdios: psicoterapia analítica de grupo - a trajetória de uma ideia e de uma praxis

- Objetivo na concepção mais ortodoxa:
 - *Psicoterapia do grupo e não*
 - *Psicoterapia em grupo*

"a possibilidade da captação de determinados níveis bastante profundos e arcaicos das manifestações inconscientes (pré-simbólicos) e a possibilidade de simbolizá-las" p.23

Esta é a riqueza da atividade grupal.

Capítulo 1: Primórdios: psicoterapia analítica de grupo - a trajetória de uma ideia e de uma praxis

- No início do trabalho psicanalítico com grupos os terapeutas seduziram-se pela "reificação" do conceito de PAG, nomeadamente, de entre outros aspetos, com a reivindicação do status analítico:
 - Psicoterapia de grupo é melhor que a Análise individual.
 - A Psicanálise dos pobres, como chegou a ser apelidada a PAG, reivindica ser a imperatriz das psicoterapias.

Capítulo 1 Primórdios: psicoterapia analítica de grupo - a trajetória de uma ideia e de uma praxis

- A Evolução do Movimento PAG
 - Surgimento na década de 50 do séc XX
 - Inglaterra: Wilfred R. Bion; Argentina: Leon Grinberg, Marie Langer e Emílio Rodrigué
 - Ascensão na década de 60 e 70 do séc XX
 - Afastamento de alguns autores pioneiros e emergência de novos autores - Inglaterra: Siegmund Foulkes e H. Ezequiel; EUA: Samuel R. Slavson e Paul Schilder; França: Didier Anzieu e René Kaës, Elliot Jaques e Kurt Lewin
 - Declínio ainda na década de 70 do séc XX

Capítulo 1 Primórdios: psicoterapia analítica de grupo - a trajetória de uma ideia e de uma praxis

◦ A Evolução do Movimento PAG

- Declínio ainda na década de 70 do séc XX (cont.)

- Vários sinais:

- Diminuição da procura por terapia da linha PAG;
- Aumento do interesse por outras formas de terapia grupal;
- Diminuição do número de profissionais que mantiveram atendimento como terapeutas de PAG;
- Diminuição da procura de formação de terapeutas da linha PAG;
- Diminuição da produção científica sobre grupos, em abordagem psicanalítica, enquanto cresce a produção sobre casais e família, geralmente sob diferentes abordagens (sistémica, etc);
- Retração no funcionamento das instituições de PAG.

Capítulo 1 Primórdios: psicoterapia analítica de grupo - a trajetória de uma ideia e de uma praxis

- A Evolução do Movimento PAG
 - Declínio ainda na década de 70 do séc XX (cont.)
 - Diversos fatores terão contribuído para este declínio (esgotamento dos modelos conceptuais e da popularidade; mudanças políticas; problemas económicos; filiação institucional), sendo que nenhum deles isoladamente nem todos em conjunto o explicam totalmente.
 - O envolvimento dos Psicoterapeutas Analíticos de Grupo na **defesa da sua identidade profissional ; investimento na fundamentação teórica das intervenções; adoção de uma perspetiva científica em detrimento da idealização romântica dos objetivos e resultados obtidos com a PAG** serão algumas das chaves para a ressurgimento.

Capítulo 1 Primórdios: psicoterapia analítica de grupo - a trajetória de uma ideia e de uma praxis

- *"...A PAG é uma ideia (ainda) brilhante, uma pré-concepção, como diria Bion, à procura de um líder, um génio, ou um 'grupo', que venha a 'pensá-la' e transformá-la (de novo) em uma ideia operativa fértil."* p.31

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

- Análise dos fenômenos grupais sob uma perspectiva psicanalítica
 - Freud chamou a atenção para:
 - A história de cada Homem inclui a história de seus grupos de pertença.

Estes grupos modificam o indivíduo e são modificados pela sua influência. A Psicanálise nas suas origens já engloba a noção intrincada do dentro e fora, do intra e do intersubjetivo, da potência do **vínculo**.

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

○ Inconsciente

- Para Freud é através do sonho que chegamos à sua descoberta.
- Processos invisíveis a olho nu, que determinam as manifestações observáveis do indivíduo , desde os sentimentos até às ações. Refere-se tanto ao que é normal como patológico.
- Na abordagem psicanalítica dos grupos, *Bion* propõe o conceito de **mentalidade grupal** (análogo ao conceito de inconsciente individual):
 - No plano manifesto há pensamentos individuais ; no plano latente há uma mentalidade grupal uniforme (conteúdos arcaicos das fantasias, impede que objetivos sejam atingidos individualmente.
 - É o primórdio da descoberta do grupo como dispositivo que permite o acesso ao inconsciente.

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

◦ Transferência e Contra-transferência

- *Transferência* - processo por meio do qual os conteúdos inconscientes são atualizados sobre objetos da realidade presente. São repetidos os protótipos infantis, que são vividos com uma sensação de atualidade.
- *Contra-transferência* - vários autores desde Freud sinalizaram a relevância dos sentimentos do terapeuta pelo paciente na situação analítica.

Nos grupos, o território é a interação entre os mundos subjetivos dos participantes (pacientes e terapeuta).

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

- **Transferência e Contra-transferência**
 - 4 níveis de transferência nos grupos:
 - De cada indivíduo em relação ao terapeuta;
 - Do grupo como um todo em relação ao terapeuta;
 - De cada indivíduo em relação a cada outro;
 - De cada indivíduo em relação ao grupo como um todo.

Na prática tudo se sobrepõe e esta multiplicidade de vetores é denominada **Matriz**.

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

- **Transferência e Contra-transferência (cont.)**
 - **Matriz**
 - Definição:
 - *“é a rede de comunicação que é estabelecida com a multiplicidade de transferências; dependendo do momento do grupo as relações transferenciais são diferentes.” p.37*

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

- **Fantasia e grupo**

- Definição:

- *"uma produção mental indispensável para a sobrevivência psíquica do homem, como um recurso para se refugiar do sofrimento imposto pela realidade e como substrato dos projectos de vida e das produções artísticas."* p. 39

Pode ser consciente ou inconsciente, mas sempre algo poderoso no sentido de organizar a vida do sujeito. Vêm à tona na vivência de um grupo terapêutico.

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

- **Fantasia e grupo (cont.)**
 - Grupo terapêutico é um espaço privilegiado para a dramatização espontânea das fantasias.
 - Nos grupos o nível inconsciente manifesta-se não tanto pelo discurso, mas sim pela dramatização, pelas interações em que os participantes assumem diversas posições ditadas pelo emergir das fantasias inconscientes, sem o saberem.
 - Foulkes defendia que o grupo analítico é essencialmente um grupo de transferência. Os seus membros transferem para o terapeuta e uns para os outros.

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

○ A Interpretação

- É o instrumento terapêutico de excelência.
- Definição:
 - *“Um ato verbal criativo que corresponde a uma tradução daquilo que é comunicado por meio de ideias, pensamentos encadeados, atitudes e comportamentos.” p.40*
 - As interpretações não produzem efeitos imediatos.
- *A perlaboração é o trabalho analítico que conduz do insight até à mudança de estrutura, de atitude e de comportamento. É um processo lento e gradual, que começa no momento em que uma interpretação é formulada.*

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

- **A Interpretação (cont.)**
 - Não basta ao terapeuta de grupos formular boas interpretações.
 - Este deve ser capaz de favorecer um fluxo rico de associações, tomando cuidado para não ocupar no grupo um espaço demasiado.

Capítulo 2: Fundamentos da psicanálise dos vínculos

- **A Interpretação (cont.)**
 - Winnicott numa analogia a respeito da função da mãe na aquisição do sentimento de coesão no bebê:
 - *"...a relação do terapeuta com o grupo: é fundamental a 'mãe' (terapeuta do grupo) ter a 'criança' (grupo) na mente como uma 'pessoa completa' (unidade integrada)." p.42*

Capítulo 3: O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos

- **Definição de Psicanálise Vincular**
(ou Psicanálise das Configurações Vinculares)
 - *“uma forma de organizar conhecimentos existentes e de abrir um campo de estudo com uma visão muito mais ampla a respeito da psicanálise, principalmente no âmbito dos grupos, das famílias, dos casais e das instituições.” p. 44*

Capítulo 3: O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos

- **Definição de Matrizes Vinculares**
 - *“ modelos de vínculos a partir dos quais as pessoas se relacionam”*
 - O bebé introjeta as estruturas vinculares a partir do mundo externo, começando pelos pais, e passa a conservá-las como padrão.
 - As matrizes vinculares são fantasias inconscientes que vão constituir o nosso carácter.

Capítulo 3: O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos

- **Definição de Vínculo**
 - *"é a estrutura relacional em que ocorre uma 'experiência emocional' entre duas ou mais pessoas ou partes da mesma pessoa. Pode ser intra-subjectivo, inter-subjectivo e trans-subjectivo."* p.44
 - Lugar de ilusão, de desdobramento do imaginário.
 - Intimamente relacionados com o conceito de vínculo estão:
 - o binómio transferência - contra-transferência;
 - o modelo continente - conteúdo(Bion) e o
 - conceito de ancoragem (R. Kaës)

Capítulo 3: O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos

- No *Vínculo* as partes envolvidas estão sempre em comunicação.
 - O trabalho do terapeuta é estudar os vínculos comunicativos.
 - Semelhante ao trabalho de Perseu, que com o espelho da verdade, pôde vencer a Medusa,
Ou de
 - Ariane, oferecendo condições para o grupo tentar sair do seu labirinto.

Capítulo 3: O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos

- O estudo da comunicação permite também perceber as nuances da destrutividade e da criatividade existentes no vínculo.



No grupo, na instituição, dentro e fora.

Capítulo 4: Entendendo e atendendo os Sistemas Humanos

- Definição de **Sistema Humano**
 - *"todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecer em sua singularidade e de exercer uma acção interactiva com objectivos compartilhados."* p. 53
- Atualmente, as interações grupais são conceptualizadas na **inter-relação e no intercâmbio de conhecimentos** oriundos da Psicanálise, da teoria Sistémica, dos estudos sobre a Comunicação humana, a teoria dos Papéis (psicodrama), a teoria dos vínculos e a relação dos grupos com a realização das tarefas a que se propõem.

Parte IV

O grupo e suas configurações

A decorative graphic at the bottom of the slide consisting of several overlapping, wavy bands. From top to bottom, the bands are: a light blue band, a solid black band, a dark grey band with fine diagonal hatching, and a light grey band with fine diagonal hatching. The bands curve across the width of the slide, creating a sense of movement and depth.

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

- ▶ Atualmente ocorre uma maior aceitação em relação aos grupos que há uns anos;



Maior interesse por parte de profissionais de saúde e da educação pela técnicas grupais (grupos de estudos, supervisões, congressos e cursos breves).

- ▶ É importante classificar e discriminar os diversos tipos de trabalho grupal



Prevenir insucessos terapêuticos: confusão provocada pela não-especificação dos objetivos do profissional com os seus pacientes

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

► Classificação do trabalho grupal (Yalom, 1992)

Tabela 18.1 Classificação do trabalho grupal (I)

Idade	Crianças Adolescentes Adultos Idosos	
Ambiente de trabalho	Privado (Não-institucional) <i>Consultórios, Aulas Particulares em Grupo, etc.</i>	Público Privado (Particular)
	Institucional <i>Empresas, Escolas, Hospitais</i> <i>Psicoterapia de Casal</i>	
Configurações vinculares	Orientação Familiar Intervenção Institucional Outros Grupos	
Abordagens de acordo com o vínculo comunicacional (técnica)	Pelo Grupo Em Grupo Do Grupo De Grupo	
Finalidades	Operativas Terapêuticas	

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

- ▶ **Classificação do trabalho grupal segundo vínculo comunicacional e técnica de trabalho (Zimerman, 1993):**
 - **Pelo grupo:** membros gravitam em torno do líder, ocorrendo sugestão ou identificação;
 - **Em grupo:** tratamento feito aos indivíduos em grupo;
 - **Do grupo:** Tratamento dirigido à Gestalt, ao grupo como um todo;
 - **De grupo:** indivíduo e grupo, dinamicamente relacionados (contemplados no trabalho do terapeuta).

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

► Classificação principal:

Tabela 18.2 Classificação do trabalho grupal (II)

Grupos com finalidades operativas

Grupos de discussão (congressos e jornadas)

Grupos temáticos (textos, temas)

Grupos de orientação (gestantes, diabéticos, hipertensos, alcoolistas/AA, etc.)

Grupos comunitários (idem ao anterior)

Grupos Balint (discussão de casos em equipe)

Grupos operativos (escolas, empresas, hospitais)

Grupos de reflexão (sociedades que congregam profissionais que trabalham com grupos, institutos de formação/ensino psi, universidades, vivências em congressos)

Tabela 18.3 Classificação do trabalho grupal (III)

Grupos com finalidades terapêuticas	
Psicoterapia psicodinâmica de grupo	Psicoterapia analítica de grupo Grupanálise Psicanálise de grupo Psicodrama Outros
Grupoterapia breve psicanalítica	
Grupos de diagnóstico	
Grupos de acolhimento	
Grupos de sala de espera	
Grupos de pacientes internados	Hospital geral Hospital psiquiátrico Comunidade terapêutica / Centros de reabilitação / Hospitais-dia
Psicoterapia do grupo familiar	
Psicoterapia do casal	
Psicanálise dos vínculos	Psicanálise do casal, da família, de grupos propriamente ditos e de instituições
Grupoterapia com pacientes somáticos	Grupos de pacientes com dor crônica, HIV ⁺ , hipertensos e outros
Grupos de auto-ajuda (com terapeuta sem formação completa)	

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

- ▶ **O que é psicoterapia breve?**
 - “o que define...não é um número mínimo de horas, nem a tarefa em si, ou o referencial teórico utilizado, mas a proposta de que seja respeitado o limite pré-estabelecido em função do foco” (Emilio-Marchion, 2000, p.72)
- ▶ **Exemplo de Psicoterapia breve:**
 - Um grupo não tem limite de tempo para acabar, mas cada paciente, desde a sua entrada no grupo, já sabe que vai sendo reavaliado (psicoterapia breve grupal).

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

- ▶ **Finalidades da psicoterapia breve:**
 - Alívio dos sintomas;
 - Algumas mudanças em situações de vida;
 - Triagem para outras formas de tratamento;
 - Melhor esclarecimento diagnóstico;
 - Sensibilização para a psicoterapia psicodinâmica, sem foco nem tempo predeterminados.

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

- ▶ **Psicoterapia grupal com doentes internados (objetivo):**
 - Maior adesão ao processo terapêutico;
 - Melhoria da comunicação e identificação de mal-entendidos;
 - Visão de que os outros também têm problemas semelhantes;
 - Possibilidade de sentir-se útil
 - Sensibilização para futuro tratamento
- ▶ Três elementos básicos: grupos diários; aprendizagem ao vivo; hospital funcionava como um todo- agente terapêutico.

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

- ▶ As grupoterapias têm potencial nos ambulatórios, nos CS e nos hospitais em doentes com distúrbios depressivos, ansiosos, psicossomáticos, psicóticos...



- ▶ Evitar interpretações transferenciais
- ▶ Valorizar as comunicações que ocorrem dentro do grupo (como cada doente se vincula aos demais e com o grupo no geral)



O grupo como objeto transacional

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal

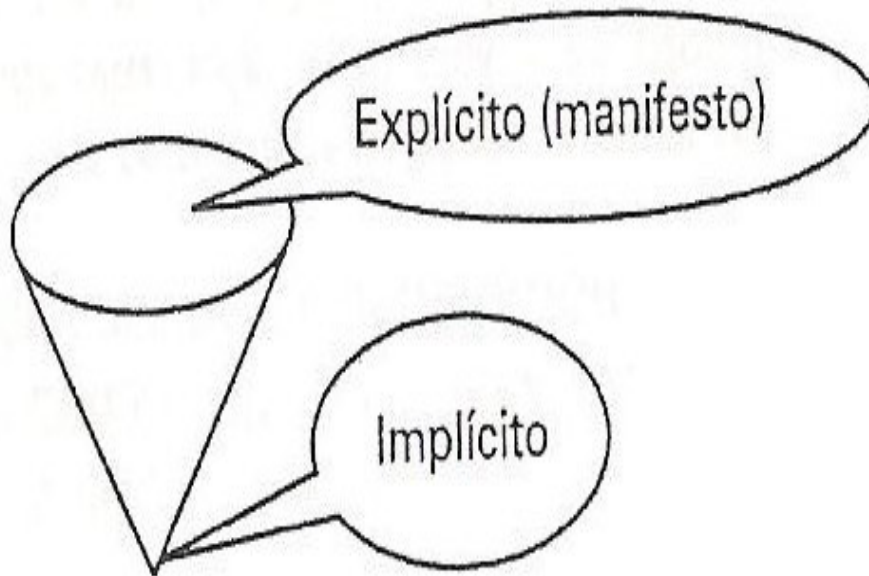
- ▶ **Trabalho psicanalítico com outros grupos (finalidade terapêutica):**
 - Instituições de saúde, educação, empresas;
 - Famílias e casais;
 - Instituições públicas: salas de espera
 - Grupos de acolhimento e de diagnóstico;
 - Grupos de apoio (Grupos de pacientes HIV+, grupos de psicóticos)

Capítulo 19: Grupos Operativos

- ▶ Pichon-Riviére, estimulado por Kurt Lewin, Wilfred Bion e Siegmund Foulkes, elaborou a técnica dos grupos operativos;
- ▶ **Conceção de Grupo Operativo (GO):**
 - É a atividade dedicada a um grupo de pessoas que necessitam de treino para trabalhar em equipa. É um conjunto de pessoas com objetivo comum, o qual tentam abordar operando como equipa.
- ▶ **Primeiras tentativas de GO:**
 - Grupos familiares (1930);
 - "Experiencia Rosário (1958) - métodos de investigação operativa que pretendia estudar os seguintes aspetos: o que se pretendia; o papel do coordenador.

Capítulo 19: Grupos Operativos

Dinâmica entre o implícito e explícito:



▶ Os vetores do cone invertido facilitam uma avaliação dos processos de interação grupal e consistem nos seguintes:

- Afiliação e pertença
- Cooperação
- Pertinência
- Comunicação
- Aprendizagem
- Tele

Capítulo 19: Grupos Operativos

- ▶ **Objetivo:** construção de ECRO grupal para estabelecer comunicação com afinidades entre os esquemas referenciais do emissor e recetor.
- ▶ O GO deve configurar um esquema conceitual, referencial e operativo (ECRO), de caráter dialético, em que as contradições referentes ao campo de trabalho devem ser resolvidas como tarefa durante o decorrer do grupo.
- ▶ As atividades são centradas na mobilização de estruturas estereotipadas, nas dificuldades de aprendizagem e de comunicação, por ansiedades despertadas pela mudança.

Capítulo 19: Grupos Operativos

- ▶ **No GO ocorre:**
 - Adaptação ativa à realidade;
 - A possibilidade de assumir novos papéis;
 - A possibilidade de assumir maior responsabilidade;
 - A perda de papéis inadequados para o aqui e agora na tarefa;
 - Os sentimentos de pertença.

Capítulo 19: Grupos Operativos

▶ O que é um GO?

- Instrumento de trabalho, método de investigação, mas cumpre a função terapêutica.
- Refere-se a uma forma de pensar e operar em grupos
- Tentativa do coordenador tornar explícito o implícito - atitude analítica.

▶ O que não é um GO?

- Técnica específica de coordenação de grupos, nem um determinado tipo de grupo em função de seu objetivo, como um grupo de aprendizagem ou de discussão.

Capítulo 19: Grupos Operativos

- ▶ Existem 2 níveis de atividade mental:
 - **Racional:** lógico e relacionado com a realização da tarefa;
 - **Emocional:** relacionado com as fantasias inconscientes ativas do grupo.
- ▶ Para se cumprir a tarefa grupal é essencial que o nível básico (processo primário) atue a favor de um nível mais elaborado (processo secundário)

Capítulo 19: Grupos Operativos

- ▶ **Tarefa**
 - Externa: trabalho produtivo, constitui a razão de ser do grupo (energia que se gasta para entrar em atividade)
 - Interna: totalidade das operações a realizar pelos membros do grupo (trabalho que é realizado para manter a vida)
- ▶ São complementares, pois nenhuma pode ser realizada sem a outra.
- ▶ **Os GO devem ser**: dinâmicos, reflexivos, democráticos.

Capítulo 19: Grupos Operativos

- ▶ **O coordenador tem como principal função:**
 - Ajudar a que o grupo realize a sua tarefa interna reflexiva;
 - Tornar explícito o que estava implícito (para que o grupo possa enfrentar obstáculos que interfiram com a realização da tarefa externa - do grupo e não do coordenador);
 - Usar metalinguagem, nunca participando diretamente, mas dando sentido à discussão/mudança do grupo.

Capítulo 20: Grupos de reflexão e grupos de discussão

"o grupo existe para assim se poder viver o andamento do curso e não apenas passar por ele" (p. 205)

- ▶ O **objetivo** consistiu em:
 - Incluir na formação algo que permitisse aos estudantes viver a experiência de participar na instituição como membros de um grupo;
 - Tomar conhecimento e refletir acerca dos "defeitos de funcionamento" da instituição, de modo a enriquecer as discussões e a produzir desenvolvimento.
- ▶ Todos os participantes do grupo são sujeito e objeto de conhecimento, facilitando a aprendizagem teórica a respeito da experiência grupal.

Capítulo 20: Grupos de reflexão e grupos de discussão

- ▶ Nos grupos de reflexão e discussão não se fazem interpretações e as intervenções do coordenador devem visar sempre o grupo (dificuldades e ansiedades e nunca os indivíduos);
- ▶ Não existe um tema pré-definido dos grupos de discussão;
- ▶ Visam possibilitar maior respeito e entendimento às dificuldades alheias e seus valores, desenvolvendo empatia e sentido de identidade de grupoterapeuta.

Capítulo 20: Grupos de reflexão e grupos de discussão

- ▶ Atualmente os grupos de reflexão são mais utilizados nas seguintes situações:
 - Instituições formadoras de grupoterapeutas;
 - Sociedades de grupoterapeutas, visando profissionais-membro;
 - Instituições universitárias;
 - Vivências em congressos da área psiquiátrica (aprendizado vivencial dos grupos de reflexão)

Capítulo 20: Grupos de reflexão e grupos de discussão

- ▶ Os grupos de reflexão podem diferir devido às características da instituição onde ocorrem, no que se refere a:
 - Duração de um semestre, o tempo de um módulo teórico, em que todos os estudantes participam semanalmente;
 - Com profissionais de serviços públicos;
 - Duração quinzenal, com a totalidade dos alunos de todos os anos.

Capítulo 20: Grupos de reflexão e grupos de discussão

- ▶ **Alguns aspetos são comuns a todos os grupos de reflexão:**
 - Fase de regressão inicial com predomínio de sentimento persecutório;
 - Maior ataque ao coordenador, com sentimentos de inveja;
 - Submissão por receio em se dirigir a um colega/instituição
 - Receio em relação ao coordenador;
 - Receio em se ver a máscara;
 - Dificuldade em mostrar sentimentos para com o coordenador.
- ▶ **Objetivo:** fazer circular o saber, o pensar de cada participante, despertar associações e formar conhecimento, procurando horizontalizar o saber e a prática de cada um.

Capítulo 20: Grupos de reflexão e grupos de discussão

▶ **Função do coordenador:**

- Situar e compreender o grupo no início e reforçar os objetivos e limites ao longo do trabalho;
- Pinçar pontos para uma reflexão e fazer síntese;
- Estimular e questionar participantes calados;
- Gerir a insistência do grupo em obter resposta dos palestrantes;
- Manter atenção flutuante no tema proposto e na dinâmica do grupo, criando intersecção entre ambas.

▶ **Características do coordenador:** saber ouvir, despertar confiança e esperança, segurança, continente de aspetos narcísicos e destrutivos dos participantes. Ter cursos de formação: supervisão e análise pessoal.

Capítulo 20: Grupos de reflexão e grupos de discussão

- ▶ Contudo, é importante não descurar os riscos que podem ocorrer nestes grupos:
 - Palco de reivindicações administrativas;
 - Grupo como palco de exposições teóricas;
 - Busca de psicoterapia
- ▶ O grupo de reflexão pode proporcionar aos alunos experiências emocionais do funcionamento do indivíduo quando se relaciona com a doença mental, com os seus vínculos de maneira geral e problemas institucionais.

Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

- ▶ Existem vários tipos de famílias e diversas formas de as classificar: sociologia, psicologia, antropologia, economia, ...
- ▶ Nas formas de relações vinculares temos:
 - Famílias nucleares;
 - Famílias reconstituídas;
 - Famílias adotivas.
- ▶ Numa visão psicanalítica podemos analisar reativamente a:
 - Compreensão da dinâmica de funcionamento psíquico das famílias e grupos;
 - A formação dos vínculos entre os indivíduos;
 - O manejo técnico nas psicoterapias grupais e familiares.

Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

- ▶ O estudo da dinâmica e do funcionamento psíquico dos grupos e famílias tem sido alvo de investigação de vários psicanalistas (exs):
 - Motivos da procura de psicoterapia;
 - Comunicação
 - Dinâmica transferencial e contratransferencial; defesas utilizadas;
 - Pares vinculares que se formam.
- ▶ Existe um sentimento de pertença que está presente tanto nos grupos como nas famílias com qualidades diferentes

Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

- ▶ Formação dos vínculos nos grupos e nas famílias:
 - Todo o vínculo é bidirecional - fonte de desejo e objeto desejado e de ação
 - A qualidade vincular está ligada às experiências emocionais unidas na história da vida das pessoas.
 - Albert Eiguer apresenta a seguinte classificação de vínculos familiares:
 - Edipianos;
 - Anaclítico-depressivos
 - Narcísicos

Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

- ▶ O papel do psicoterapeuta é estar atento para identificar como se formam os vínculos no aqui e agora da sessão, para tentar descodificar o modo de funcionamento mental do grupo e da família.

Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

- ▶ Existem 3 perspetivas teóricas para a compreensão dos vínculos que se estabelecem entre casais e famílias são:
- ▶ **Sistémica** (entende o casal ou a família como um sistema de relações):
 - Podem apresentar uma simetria ou uma complementaridade entre os seus membros;
 - A família é percebida como um sistema de funcionamento integrado;
 - O fenómeno da retroalimentação está inerente (cada parte alimenta e transforma a outra).

Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

- ▶ **Estrutural ou psicanálise das configurações vinculares (Puget e Berenstein):**
 - Natureza dos vínculos entre casais e famílias é inconsciente e a estrutura formada resulta da articulação entre as vivências intra, inter e transubjetivas.
 - Vai para além da análise psicanalítica clássica, pois considera não só o inconsciente das comunicações, mas as qualidades dos vínculos formados entre os seus membros e pela influencia que a cultura exerce sobre o processo.

Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

- ▶ Existem diferenças entre a sistêmica e psicanalítica, dada a importância atribuída ao inconsciente:
 - Nas comunicações por associação livre;
 - Na compreensão do processo de identificação e formação de mecanismos defensivos;
 - Na análise da transferência e da contratransferência
- ▶ Semelhantes no pensamento circular e entendimento do grupo terapêutico como uma unidade psíquica. O sistema é visto como causa-efeito do problema e fabricação familiar.

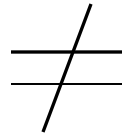
Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

Psicanalítica:

Terapia familiar



Quando se inicia os vínculos afetivos entre os seus membros já existem



Grupo terapêutico



Os vínculos vão sendo formados entre os seus componentes

Assim como quando ocorre a entrada de um novo membro num grupo terapêutico, também nas famílias reconstituídas surgem experiências emocionais face às mudanças - resistências defensivas contra a dor mental - até encontrar novo equilíbrio.

Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?

- ▶ **Manejo técnico das terapias grupais e familiares:**
 - Da análise aprofundada dos vínculos intrapsíquicos e intrapessoais o terapeuta pode perceber qual a sua posição e a dos restantes membros durante as sessões.
 - Os terapeutas de grupo e familiares têm por missão auxiliar os “pacientes a resgatarem conteúdos inconscientes introjetados e ressignificá-los, em uma tentativa e melhor aceitação de si mesmo e do outro, além de buscar uma melhor capacidade de adaptação do meio em que vivem” (p. 223, 224).

Capítulo 22: Potencialidades do trabalho com os vínculos familiares: novas demandas

- ▶ A diminuição da procura de psicoterapias analíticas quer de grupo quer individuais deve ser estímulo para uma maior adaptação do *setting* analítico;
- ▶ **Mas quais as potencialidades latentes?**
 - A abordagem dos vínculos familiares pode corresponder à procura cada vez maior de profissionais que procurem o aprofundamento teórico e técnico das relações familiares.
 - Assiste-se a um "reconhecimento da importância do vínculo familiar para a constituição do sujeito e do ser social e da mudança de ótica em relação à saúde e doença" (p.226)

Capítulo 22: Potencialidades do trabalho com os vínculos familiares: novas demandas

- ▶ Na prática o referencial teórico-analítico pode ser reajustado para intervenções mais curtas no tempo e com diferentes metas através da:
 - “flexibilidade e da seriedade em experimentar novas aplicações para a psicanálise dos vínculos familiares e a assimilação de técnicas complementares que podem ser usadas ao serviço dos objetivos e procura que tem surgido neste mundo em constante transformação “ (p.228)

Comentários

- ▶ Da nossa reflexão, pensando no SPSM e na obra, destacamos como relevante:
 - Avaliação clínica crítica da seleção das psicoterapias comprovadamente mais eficazes para determinado caso, não nos enleando na sedução de considerarmos a teoria analítica a melhor;
 - *Defesa da identidade profissional e da identidade teórica e metodológica do SPSM: investimento na fundamentação teórica das intervenções; adoção de uma perspectiva científica em detrimento da idealização romântica dos objetivos e resultados obtidos com a Grupanálise;*

Comentários

- ▶ Capacidade de flexibilidade, criatividade e seriedade para experimentar novas formas de intervenção tendo como base o referencial teórico da Grupanálise mas indo beber conhecimentos a outras teorias como a sistémica, a psicanálise dos vínculos e as técnicas cognitivo-comportamentais;
- ▶ Intervenções clínicas são conceptualizadas na *inter-relação e no intercâmbio de conhecimentos (para a qual contribui a formação profissional especializada dos vários elementos da equipa e o acolhimento de estagiários)*;

Comentários

- Ênfase na comunicação intra e inter-grupo de trabalho no modelo de equipa transdisciplinar;
- *Fundamentação teórica da conceptualização e metodologia no conceito de vínculo e sua aplicação psicanalítica e grupanalítica;*
- Diferenciação entre grupo de trabalho e grupo terapêutico de forma a potenciar a produção de trabalho clínico [objetivo do SPSM] e gerir os conflitos.

Programa	
Tema	Grupos e configurações vinculares – Contribuições para a concetualização teórica da metodologia de intervenção do Serviço de psiquiatria e saúde mental
Tipo de intervenção	Sessão de formação em serviço
Objetivo geral	Reflexão acerca dos conceitos e abordagens relativas aos grupos e suas configurações
Formadores	Vera Leal; Mafalda Silva e Gabriel Sequeira
Local	Centro Hospitalar Oeste Norte (departamento de psiquiatria e saúde mental)
Data	21 de Junho 2012
Duração	1h40
Destinatário	Equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Formador	Tempo
Apresentação	Apresentação dos formadores; Apresentação dos capítulos a serem apresentados.	Método expositivo	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Vera	5'
Capitulo I: Primórdios: psicoterapia analítica de grupo – a trajetória de uma ideia e de uma praxis	Exposição do resumo das principais ideias do capítulo; Abertura para um momento de discussão dos conteúdos apresentados	Método expositivo Método interrogativo/ativo	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Vera	10'
Capitulo II: Fundamentos da psicanálise dos vínculos	Apresentação dos principais conceitos relativos à psicoterapia analítica de grupos; Discussão e reflexão dos	Método expositivo Método interrogativo	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Vera	10'

	<p>conceitos:</p> <p>-Inconsciente, mentalidade grupal, transferência e contra-transferência, matriz, fantasia e interpretação);</p> <p>Apresentação e discussão de alguns exemplos práticos relacionados com os conceitos apresentados.</p>				
<p>Capitulo III: O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos</p>	<p>Apresentação dos conceitos de:</p> <p>- Psicanálise vincular; matrizes vinculares; vínculo.</p> <p>Relação entre os diferentes conceitos;</p> <p>Apresentação de alguns exemplos.</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Método interrogativo</p>	<p>Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.</p>	<p>Gabriel</p>	<p>10'</p>
<p>Capitulo IV: Entendendo e atendendo os Sistemas Humanos</p>	<p>Apresentação de conceitos de:</p> <p>- Sistema humano e interações grupais;</p> <p>Apresentação de exemplos práticos;</p> <p>Discussão em grupo.</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Método interrogativo</p>	<p>Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.</p>	<p>Gabriel</p>	<p>10'</p>

Capítulo 18: Os diferentes objetivos do trabalho grupal	Apresentação das diferentes classificações de trabalho grupal; Apresentação do conceito de psicoterapia breve e suas finalidades; Discussão em grupo	Método expositivo Método interrogativo	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Gabriel	10'
Capítulo 19: Grupos Operativos	Apresentação do conceito de grupo operativo (GO); A finalidade de GO; A função de coordenador de GO. Discussão em grupo.	Método expositivo Método interrogativo	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Gabriel	10'
Capítulo 20: Grupos de reflexão e grupos de discussão	Apresentação do conceito de grupos de reflexão e discussão; A finalidade destes grupos; Papel do coordenador de grupos de reflexão; Discussão em grupo.	Método expositivo Método interrogativo	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Vera	10'
Capítulo 21: Família: uma psicoterapia de grupo?	Apresentação dos diferentes conceitos de família; Visão psicanalítica de família; A família como grupo terapêutico;	Método expositivo Método interrogativo	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Vera	10'

		Função do terapeuta familiar; Discussão em grupo.				
Capítulo 22: Potencialidades do trabalho com os vínculos familiares: novas demandas.		Apresentação das potencialidades latentes da psicoterapia analítica; Discussão em grupo	Método expositivo Método interrogativo	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Vera	10'
Fecho da sessão		Fazer um resumo final do que foi falado na sessão; Apresentação de algumas reflexões/comentários	Método brainstorming	Cadeiras; data-show: computador para apresentação em power-point.	Vera e Gabriel	5'

Referências bibliografias

- Fernandes, Waldemar; Svartman, Betty; Fernandes, Beatriz (2010) – Grupos e configurações vinculares. Artmed. ISBN: 85-363-0113-9.
- <http://psicanalisekleiniana.vilabol.uol.com.br/identificacao.html>

Sessão de terapia psicossocial

Justificação da sessão

A terapia psicossocial já é utilizada desde 1974, introduzida por Minzoni, e corresponde às atividades terapêuticas que envolvem o atendimento do utente, individualmente ou em grupo, em atividades de trabalho e de recreação. De acordo com a estrutura, o autor subdivide estas atividades em motoras (ex.: trabalhos manuais, exercício físico), sociais (ex.: festas, cinema, teatro) e auto expressivas (ex.: cerâmica, pintura e dança) (Valladares, 2003).

A Terapia psicossocial engloba três tipos de psicoterapia – cognitiva, interpessoal e comportamental que têm sido estudados, nomeadamente para determinar a sua eficiência no tratamento do transtorno depressivo. Ainda que não seja tão bem pesquisada como as terapias citadas, a psicoterapia de orientação psicanalítica tem sido considerada para vários clínicos como método principal. (Sadock e Sadock, 2007).

A designação de psicossocial refere-se a elementos ambientais e atributos psicológicos de indivíduos que desempenham um papel preponderante no início ou no curso do tratamento (Sadock e Sadock, 2007).

De forma geral, a intervenção psicossocial refere-se a uma forma de desenvolvimento psicológico em interação com o ambiente social, podendo este ser bastante diversificado.

Contudo, existem muitas outras formas de terapia psicossocial como: reabilitação, psicoterapia individual, terapia familiar, terapia de grupo, grupos de autoajuda, entre outros. De acordo com Valladares (2003), nas intervenções psicossociais os espaços terapêuticos trabalham as relações interpessoais dos sujeitos, em conjunto com o reconhecimento e o respeito das diversidades existentes entre os diferentes elementos.

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

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

Desta forma, a intervenção psicossocial, pode ser dirigida a vários contextos que façam parte do contexto social do indivíduo, nomeadamente à família que consiste no principal base estrutural e de apoio do indivíduo.

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

Referências bibliográficas:

Sadock, Benjamim; Sadock, Virginia (2007) – Compendio de Psiquiatria. Artmed. ISBN: 8536307633.

Valladares, A. (2003) - Arteterapia: interface em arte, educação e saúde. Arteterapia em Revista. Porto Alegre: Centrarte, v.1, n.1, p.24-37.

PLANO DA SESSÃO

Programa	
Tipo de intervenção	Terapia psicossocial
Objetivo geral	Promover a maior coesão familiar, de forma a reduzir a ansiedade do utente face à alta.
Justificação	A intervenção <i>psicossocial</i> refere-se a uma forma de desenvolvimento psicológico em interação com o ambiente social. Desta forma, a família como base estrutural do individuo deverá ser um dos principais alvos de cuidados do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.
Enfermeiras	Vera Leal (aluna 3º CPLEESM) Helena Ricardo (Enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria do HDS)
Local	Hospital Distrital de Santarém (HDS) – Serviço de internamento de psiquiatria
Data	Abril 2012
Duração	30 min
Participantes	Familiar de um utente

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Duração
Acolhimento do familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos enfermeiros presentes; • Explicar o objetivo da intervenção; 	Técnica de quebra-gelo	5'

Dinâmica familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber o que o familiar considera ser o principal problema da utente; • Compreender como o familiar observa a dinâmica familiar 	Método ativo/interrogativo	15'
Método de solução de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as intervenções já realizadas por parte da família para resolver o problema; • Identificar que outras estratégias podem ser implementadas; 	Método expositivo	10'
Fecho da sessão	<p>Questionar o familiar acerca de dúvidas que tenha;</p> <p>Fazer um resumo final do que foi falado.</p>	<p>Método expositivo: breve resumo do que foi falado.</p> <p>Método ativo/interrogativo</p>	5'

PLANO DA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data: 27 de Junho 2012

Local: Serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON

Justificação/fundamentação:

No âmbito do acompanhamento dos utentes nas consultas de enfermagem de saúde mental, observo que as intervenções desenvolvidas são diversas. Uma das intervenções desenvolvidas consiste na intervenção *psicossocial* que se refere a uma forma de desenvolvimento psicológico do indivíduo em interação com o ambiente social.

De acordo com Kaplan (1980) a pessoa para não se tornar mentalmente perturbada precisa de suprimentos contínuos compatíveis com o seu estado de desenvolvimento e crescimento e que podem ser classificados em três grupos: físicos, psicossociais e socio-culturais.

“Os suprimentos psicossociais incluem a estimulação do desenvolvimento cognitivo e afectivo de uma pessoa através da interacção pessoal com os outros membros da família, com os seus iguais e pessoas mais velhas na escola, igreja e trabalho.”(p.46)

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

A terapia psicossocial já é utilizada desde 1974, introduzida por Minzoni, e corresponde às atividades terapêuticas que envolvem o atendimento do utente, individualmente ou em grupo, em atividades de trabalho e de recreação. De acordo com a estrutura, o autor subdivide estas atividades em motoras (ex.: trabalhos manuais, exercício físico), sociais

(ex.: festas, cinema, teatro) e auto expressivas (ex.: cerâmica, pintura e dança) (Valladares, 2003).

A terapia psicossocial engloba três tipos de psicoterapia – cognitiva, interpessoal e comportamental que têm sido estudados, nomeadamente para determinar a sua eficiência no tratamento do transtorno depressivo. Ainda que não seja tão bem pesquisada como as terapias citadas, a psicoterapia de orientação psicanalítica tem sido considerada para vários clínicos como método principal. (Sadock e Sadock, 2007).

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

Desta forma, as intervenções psicossociais realizadas no serviço de psiquiatria e saúde mental integram diferentes ações com objetivos diversos: A intervenção que será descrita no plano visa essencialmente promover a construção da cidadania, a interação do utente com a sociedade e a sua autonomia.

Referências Bibliográficas:

Kaplan, Gerald (1980) – Principios da psiquiatria preventiva. Zahar editores: Rio de Janeiro.

Sadock, Benjamim; Sadock, Virginia (2007) – Compendio de Psiquiatria. Artmed. ISBN: 8536307633.

Valladares, A. (2003) - Arteterapia: interface em arte, educação e saúde. Arteterapia em Revista. Porto Alegre: Centrarte, v.1, n.1, p.24-37.

Programa	
Tema	Projetos de vida
Tipo de intervenção	Intervenção psicossocial
Objetivo geral	Promover o desenvolvimento de competências sociais e relacionais
Enfermeiros	Vera Leal (aluna 3º CPLEESM) e Nuno Borda de Água (enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria)
Local	Centro Hospitalar Oeste Norte (Serviço de psiquiatria e saúde mental)
Data	27 de Junho 2012
Duração	45'
Destinatário	Utente em acompanhamento pelo serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Apresentação	Realização de pedido ao utente para que um novo profissional de saúde assista à consulta; Apresentação do novo profissional	Método interrogativo	Ambiente calmo; cadeiras	5'
Resumo da sessão anterior	Breve resumo da história de vida do utente e dos seus progressos desde a consulta inicial;	Método brainstorming		5'
Gestão financeira	Avaliar junto do utente se este deu continuidade ao seu projeto: compra de bicicleta; Avaliar a capacidade do utente para gerir os pagamentos dos seus bens;	Método interrogativo Escuta ativa		10'

	Avaliar a responsabilidade do utente em relação às despesas da família;			
Futuros projetos de vida	Identificar que projetos de vida o utente tem delineado; Identificar as estratégias planeadas para a consecução desses projetos;	Método interrogativo Escuta ativa		10'
Socialização	Avaliar comprometimento da socialização do utente; Avaliar as estratégias planeadas para socializar (família, amigos, ..)	Método interrogativo Escuta ativa		10'
Fecho da sessão	Questionar o utente acerca de como se sentiu durante a sessão; Fazer um resumo final do que foi falado na sessão.	Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi falado na sessão.		5'

Referências bibliografias

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

Sadock, Benjamim; Sadock, Virgínia (2007) – Compendio de Psiquiatria. Artmed. ISBN: 8536307633.

Valladares, A. (2003) - Arteterapia: interface em arte, educação e saúde. Arteterapia em Revista. Porto Alegre: Centrarte, v.1, n.1, p.24-37.

Plano da sessão de reunião comunitária

Fundamentação/justificação

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

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

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

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

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

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

O principal objetivo da realização de uma reunião comunitária no serviço consistiu em desenvolver uma reunião tendo por base um determinado tema referente ao serviço. Neste caso, o objetivo central consistiu em reforçar a informação das regras do serviço e esclarecer os utentes acerca das mesmas, assim como ouvir os utentes acerca das alterações que sugeriam e a devida justificação.

Desta forma, esta terapia desenvolvida com os utentes do serviço de internamento de psiquiatria integra-se no domínio da socioterapia que consiste num tratamento que coloca a sua ênfase na modificação do ambiente e melhoria das relações interpessoais, em vez de intervir em factores intra-psíquicos.

O desenvolvimento desta intervenção vai ao encontro das competências do enfermeiro especialista nas seguintes unidades de competência (Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde mental e psiquiatria):

- “F1.1 - Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (p.8670);

- “F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.” (8673).

Este tipo de intervenção responde ainda às competências do Domínio A esperadas ao terminar este processo de aprendizagem no contexto do ensino clínico e preconizadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Através do desenvolvimento de uma reunião comunitária com utentes do serviço de internamento de psiquiatria do Hospital de Santarém a 26 de Abril, foi possível auscultar a opinião deste utentes, face às informações que deveriam ter recebido no momento do acolhimento, e, que por motivos inerentes à sua situação de admissão não foram fornecidas na íntegra, sendo percebidas por estes ao longo dos dias de internamento, e suscitando dúvidas e questões.

Referências bibliográficas

- Guia para a defesa dos direitos em saúde mental (2006) - Coordenação Nacional para a Saúde Mental – Ministério da Saúde.
- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde mental e psiquiatria (2011) – Diário da República, 2ª série – nº35.

PLANO DA SESSÃO

Programa	
Tipo de intervenção	Socioterapia – Reunião comunitária
Tema	Regras do serviço
Objetivo geral	Reforçar a informação das regras do serviço e esclarecer os utentes acerca das mesmas.
Enfermeiras	Isabel Varanda Vera Leal
Local	Hospital Distrital de Santarém (HDS) – Serviço de internamento de psiquiatria
Data	26 de Abril 2012
Duração	45 min
Participantes	Utentes internados no serviço de internamento de psiquiatria do HDS

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Acolhimento dos utentes	Apresentação dos enfermeiros presentes na sessão; Pedir ao utente a cada utente para se apresentar;	Técnica de quebra-gelo Método escrito	Cadeiras para cada um dos utentes (disposição circular).	5'
Regras de funcionamento da sessão	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação das regras de funcionamento da reunião comunitária; 	Método expositivo: explicação breve e orientada acerca dos objetivos e	Folheto de acolhimento do utente no serviço	15'

		regras		
Regras do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Falar acerca da importância do cumprimento das regras estabelecidas desde o início do internamento; • Reforçar a informação relativamente às regras de funcionamento do serviço • Favorecer as relações interpessoais e grupais permitindo a troca de opiniões e vivências por parte dos diferentes elementos do grupo. • Refletir com os utentes sobre os assuntos relacionados com a dinâmica do serviço e a implementação/cumprimento das regras do serviço. 	Método expositivo	Folheto de acolhimento do utente no serviço	20'
Fecho da sessão	<p>Questionar o utente acerca de dúvidas que tenha;</p> <p>Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;</p>	<p>Método expositivo: breve resumo do que foi falado na sessão.</p> <p>Método ativo/interrogativo</p>	<p>Canetas</p> <p>Questionários de avaliação da sessão</p>	5'

	Aplicação de questionário de avaliação final de satisfação	Método escrito		
--	--	----------------	--	--

PLANO DA SESSÃO DE SOCIOTERAPIA

Data: Junho 2012

Local: Serviço de psiquiatria e saúde mental – CHON

Justificação/fundamentação:

A socioterapia consiste num tratamento que coloca a sua ênfase na modificação do ambiente e melhoria das relações interpessoais, em vez de intervir em fatores intrapsíquicos.

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

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

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

Segundo Neto (2012) a utilização da socioterapia tem sido de crucial importância na re-socialização de pessoas com doença mental. A criação de hospitais de dia permite que o

utente não durma fora do próprio domicílio, passe o dia em atividades na instituição psiquiátrica ambulatorial, voltando no final do dia para o ambiente familiar.

A socioterapia tem subjacente a realização de diversas atividades com os pacientes para ajudá-los a encarar a sua doença mental e o preconceito que há na sociedade (Neto, 2012). O utente precisa de encarar a sua doença mental da melhor forma possível, de modo a facilitar a sua integração no meio em que vive. Várias questões podem ser trabalhadas nos encontros terapêuticos, tais como: liberdade e responsabilidade, direitos e deveres, cidadania, limites, a importância do tratamento farmacológico, afetividade, hábitos e costumes, entre outros.

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

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

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

Numa abordagem socioterapêutica, o terapeuta tem o papel de esclarecer, fornecer informações de suporte, nomeadamente de apoio social, ajudar a pessoa a refletir acerca da sua situação social e das soluções possíveis. O terapeuta informa e educa a família,

fornecendo conhecimentos acerca dos direitos e obrigações, bem como dos recursos da comunidade (Calvo, 2011).

Referências bibliográficas:

Neto, Arthur – Socioterapia, acessado a 2 de Julho 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Calvo, Liliana – Socioterapia, acessado a 2 de Julho de 2012 em <http://socioterapiagestalt.blogspot.pt/>

Programa	
Tema	A alta
Tipo de intervenção	Socioterapia
Objetivo geral	Informar e esclarecer o utente acerca dos recursos da comunidade
Enfermeiros	Vera Leal (aluna 3º CPLEESM)
Local	Centro Hospitalar Oeste Norte (departamento de saúde mental e psiquiatria)
Data	29 de Junho 2012
Duração	45'
Destinatário	Utente em acompanhamento pelo departamento de psiquiatria e saúde mental do CHON

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Apresentação	Apresentação enquanto enfermeira a realizar a especialidade em enfermagem de saúde mental; Justificação da minha presença no serviço.	- Método interrogativo - Escuta ativa	Ambiente calmo, cortinas e cadeira	5'
Resumo da consulta anterior	Identificação do motivo da visita anterior Resumo da história de vida da utente (segundo o que nos havia descrito);	- Método de brainstorming	Ambiente calmo	10'
Plano para a alta	Questionamento da utente relativamente a plano para a alta;	Método interrogativo/escuta ativa;	Ambiente calmo	25'

	<p>Identificação das principais necessidades da utente;</p> <p>Identificação dos recursos que a utente dispõe;</p> <p>Identificação e compreensão do medo e receios apresentados pela utente;</p> <p>Transmissão de informação acerca dos recursos da comunidade;</p> <p>Identificar o recurso que mais se adequa às necessidades da utente.</p>	Método expositivo		
Fecho da sessão	<p>Questionar a utente acerca de dúvidas que tenha;</p> <p>Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;</p>	Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi falado na sessão.	Ambiente calmo	5'

Referências bibliografias

- Neto, Arthur – Socioterapia, acessado a 2 de Julho 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

- Calvo, Liliana – Socioterapia, acedido a 2 de Julho de 2012 em <http://socioterapiagestalt.blogspot.pt/>

PLANO DA SESSÃO

Data: 12 Abril 2012

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria do HDS

Título: Adesão ao regime terapêutico

Fundamentação/justificação

Durante o ensino clínico no serviço de internamento do Hospital de Santarém tem sido possível identificar que um dos diagnósticos de enfermagem levantados à maioria dos utentes internados consiste na falta de adesão aos tratamentos. Desta forma, torna-se pertinente a realização de um trabalho no sentido de promover uma maior consciencialização dos utentes relativamente à importância da adesão ao tratamento, bem como desenvolver em conjunto com os utentes algumas estratégias para mudarem o seu comportamento de forma eficaz.

Tendo por base os objetivos delineados para esta sessão, o tipo de intervenção utilizada consistiu na psicoeducação.

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

Desta forma, nesta sessão de psicoeducação, pretendemos que os utentes compreendam o que é a adesão aos tratamentos, que compreendam a sua importância no seu processo terapêutico e que desenvolvam algumas estratégias que lhes permitam promover em si mesmos uma melhor adesão aos tratamentos que lhes são prescritos.

Segundo a OMS (2003, p.3), a adesão ao tratamento “é a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde”. Apesar da importância de aderir ao tratamento, em muitos casos os utentes não o fazem.

Segundo a OMS (2003, p. 7), “não há como negar que pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado. A baixa adesão (ao tratamento de doenças crónicas) é um problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos ronda os 50%. Nos países em desenvolvimento as taxas são ainda menores”. No caso das doenças psiquiátricas a não adesão ao tratamento é apontada como fator determinante do agravamento da mesma, estando intimamente ligada às recaídas (Cardoso & Galera, 2005). Na literatura, é estabelecida a diferença entre *compliance* (cumprimento) e adesão terapêutica. O primeiro termo refere-se à abordagem tradicional de prescrição e inclui a obediência simples e cega às sugestões emitidas pelo médico. O segundo significa mais do que a adoção das instruções médicas e é utilizado como sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do utente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue (Bugalho & Carneiro, 2004).

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

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

As desistências precoces do tratamento devem-se, normalmente, à falta de eficácia da medicação ou da ocorrência de efeitos adversos, enquanto as desistências tardias resultam, geralmente, do facto de os doentes se sentirem melhor ou temerem a dependência em relação aos fármacos (Demyttenaere, 2001).

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

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

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

doença e obtenção de metas estipuladas em termos de resultados de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004).

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

Plano da Sessão – Adesão ao Regime Terapêutico

Serviço de Internamento de Psiquiatria – Ensino Clínico 3º CPLEESMP

Destinatários/ Grupo Alvo: Doentes depressivos e bipolares

Data: 04/04/2012 **Horário:** 19h00 às 20h00 **Duração:** 60' **LOCAL:** Sala reuniões

Moderadores/Dinamizadores : Enf^o Eurico Martins e Enf^a Vera Leal

Objectivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução -Compreender que o primeiro passo para resolver um problema é defini-lo com precisão e entendê-lo bem	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos Dinamizadores • Apresentação da temática • Apresentação dos doentes 	Activa Interrogativa	Jogo de apresentação -Identificação formal	Sala de reuniões	5 m	Observação de comportamentos em contexto de trabalhos de grupo e individuais;
Desenvolvimento -Exercitar a procura de soluções para uma situação problemática - Adoptar comportamentos activos da promoção da eficácia comunicacional - Aprender a traduzir um problema abstracto para uma definição concreta que possibilite a sua solução. - Calibrar a iniciativa argumentativa própria com o acolhimento de pontos de vista diferentes	<p>A) Identificação da situação problemática</p> <p>1) Reconhecer a situação problemática</p> <p>2) Definir o <i>problema</i></p> <p>3) Analisar o problema</p> <p>B) Delinear alternativas</p> <p>C) Escolher alternativas</p> <p>D) Traçar um plano de acção</p>	Activa Interrogativa Expositiva Demonstrativa	Exposição e Tempestade de ideias Diagrama causa-efeito Role-playing Simulação	Quadro de Parede	30 m	Participação

Objectivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Conclusão	<p>- Reflectir sobre as alternativas possíveis para resolver uma situação, prevendo bem todas as consequências</p> <p>-Síntese integradora da sessão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar à partilha de sentimentos com o grupo e avaliação da sessão • Avaliação da sessão com recurso à folha instituída pelo serviço (preenchida pelo doente) 	<p>Activa</p> <p>Interrogativa</p> <p>Expositiva</p> <p>Demonstrativa</p>	<p>Discussão de grupo</p> <p>Exposição e Tempestade de ideias</p>	<p>Quadro de Parede</p>	<p>10 m</p>	

PLANO DA SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO

Justificação/fundamentação:

No decorrer do acompanhamento de uma das utentes a ser seguidas na consulta de enfermagem de saúde mental no departamento do serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON, foi identificada a necessidade de promover mais conhecimentos acerca do stress junto de uma utente, nomeadamente no que se refere a algumas estratégias para gestão de stress.

Desta forma, atendendo ao problema identificado e aos objetivos pretendidos para esta utente, considereei que a intervenção mais adequada consistia na psicoeducação.

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

Esta consiste numa das intervenções específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e que se encontra descrita no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (n.º 129/2011):

- F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.
- F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.

Desta forma, nesta sessão de psicoeducação, o principal objetivo consistiu em promover o desenvolvimento/aquisição de conhecimentos do utente acerca do stress, bem como promover a aquisição de competências para que ele consiga fazer a gestão do mesmo, reduzindo assim os níveis de ansiedade.

O stress pode ser definido como uma resposta física automática a qualquer estímulo que exige um ajustamento à mudança. Cada ameaça real ou aparente no nosso corpo desencadeia uma cascata de hormonas do stress que produzem alterações fisiológicas de forma coordenada (Visão, 2012).

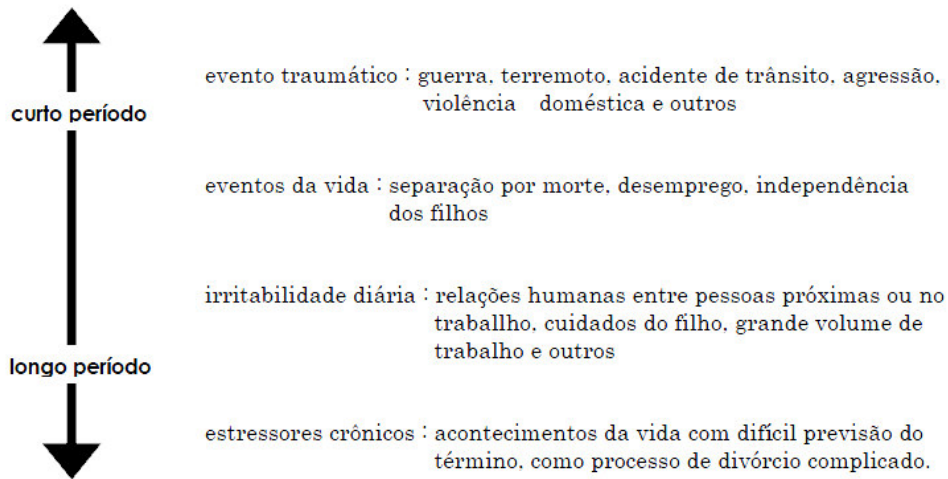
De acordo com Twonsend, (2011), é importante diferenciarem-se os conceitos de ansiedade, stresse e de medo. O stresse consiste numa pressão externa que é exercida sobre o individuo, enquanto a ansiedade é uma resposta emocional subjetiva a esse stressor. O medo é um processo cognitivo, ao passo que a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

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

O stress consiste numa reação psicossomática aos fatores de stress que surgem no decorrer do dia. Desta forma, é importante reforçar que não existe apenas o stress negativo (ou distress), também existe uma forma de stress (o eustress) no qual o individuo perante um problema/desafio lida com a situação mobilizando mecanismo de *coping*, otimizando, desta forma, o seu comportamento adaptativo face aos desafios do dia-a-dia, o que pode também ser designado por stress positivo.

Desta forma, no dia-a-dia, todas as pessoas recebem estímulos que se podem tornar em fatores de stress e que se podem classificar da seguinte forma:

- Fatores físicos e científicos: calor, frio, som, droga, odor, e outros.
- Fatores de ordem biológica: microrganismos, pólen e outros.
- Fatores sociais e emocionais: morte do cônjuge, divórcio, falência empresarial, mudança de trabalho.
- Fatores sociais e psicológicos:



Neste sentido, torna-se relevante mostrar ao indivíduo que o stress é um problema comum a muitos indivíduos. Assim, a maioria das pessoas vive situações geradoras de stress e é capaz de lidar eficazmente com o stress, o que pode ser descrito como uma capacidade a desenvolver, independentemente de ter vivido ou não um problema de saúde mental.

Referências bibliográficas:

- Compreender a resposta ao stress – Revista Visão: coleção de saúde e bem-estar visão/Escola de medicina de Harvard. 2012.
- Townsend, Mary (2011) – Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência. Loures: Lusociência.
- Hans Selye – Stress – aceso a 26 de Junho 2012 em: <http://www.labyrinth.co.jp/~fala/spanish/stress.html>

Programa	
Tema	O stress
Tipo de intervenção	Psicoeducação
Objetivo geral	Promover a aquisição de competências da utente na gestão do stress
Enfermeiros	Vera Leal (aluna 3º CPLEESM); Nuno Borda de Água (enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria)
Local	Centro Hospitalar Oeste Norte (departamento de saúde mental e psiquiatria)
Data	29 de Junho 2012
Duração	50'
Destinatário	Utente em acompanhamento pelo departamento de psiquiatria e saúde mental do CHON

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de um novo enfermeiro presente na consulta - Justificação da sua presença na consulta 	<ul style="list-style-type: none"> - Método interrogativo - Escuta ativa 	Ambiente calmo	5'
Resumo da consulta anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição dos principais aspetos relacionados com a história de vida da utente; - Identificação dos principais problemas de enfermagem identificados 	<ul style="list-style-type: none"> - Método de brainstorming 	Ambiente calmo	15'
Ansiedade	Identificação da ansiedade como um dos principais problemas da utente;	<ul style="list-style-type: none"> Método interrogativo/escuta ativa; Método demonstrativo: 	Computador e apresentação em power-point	25'

	<p>Identificação de sinais e sintomas relacionados com a ansiedade por parte da utente;</p> <p>Identificação dos conhecimentos da utente acerca de gestão de stress;</p> <p>Promover a aquisição de conhecimentos acerca de stress no que se refere a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conceito; - stress positivo/stress negativo; - Fatores que desencadeiam o stress; - Sinais de stress; - Estratégias para prevenção do stress; - Estratégias para lidar com o stress; - Técnicas de relaxamento. 	<p>apresentação em power-point (anexo)</p>		
<p>Fecho da sessão</p>	<p>Questionar a utente acerca de dúvidas que tenha;</p>	<p>Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi</p>	<p>Ambiente calmo</p>	<p>5'</p>

	Fazer um resumo final do que foi falado na sessão; Questionar a utente acerca da pertinência dos conteúdos abordados/desenvolvidos.	falado na sessão.		
--	--	-------------------	--	--

Referências bibliografias

- Compreender a resposta ao stress – Revista Visão: coleção de saúde e bem-estar visão/Escola de medicina de Harvard. 2012.
- Townsend, Mary (2011) – Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência. Loures: Lusociência.
- Hans Selye – Stress – acedido a 26 de Junho 2012 em: <http://www.labyrinth.co.jp/~fala/spanish/stress.html>

Plano da sessão nº 1

Título: “ O que sabe acerca da sua doença? ”

Tema: Depressão/ansiedade

Justificação:

Numa fase inicial, antes de ser dado início a qualquer tratamento é importante verificar o nível de conhecimentos da pessoa acerca da sua patologia. Neste caso, é importante que os utentes deprimidos conheçam o que é a depressão e a forma como esta se encontra estritamente relacionada com a ansiedade, o que se encontra devidamente documentado e consiste num dos sintomas mais referenciados pelos utentes com diagnóstico de depressão.

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

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

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

Na ansiedade, a preocupação pode funcionar como um reforçador negativo (diminuindo a reatividade fisiológica ao processamento emocional), o que a par com a

superestimação de uma probabilidade e o pensamento catastrófico constituem as distorções cognitivas presentes nos indivíduos com ansiedade.

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

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

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

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

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

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

Referências bibliográficas

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

Nature Neuroscience (2010) - Existe relação biológica entre stress, depressão e ansiedade (publicado no Nature Neuroscience), disponível na Internet no site <http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=41573&op=all>, Fevereiro, 2012.

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

Programa	
Nº sessão	1ª Sessão
Tema	Depressão/ Ansiedade
Objetivo geral	Aprofundar conhecimentos acerca da ansiedade/depressão
Enfermeira	Vera Leal
Local	Hospital Distrital de Santarém (HDS) – Serviço de internamento de psiquiatria
Período de tempo	De Abril a Maio de 2012 (no mesmo dia, apenas será aplicada uma sessão a cada utente)
Duração	60h
Participantes	10 Utentes internados no HDS

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Acolhimento do utente	Pedir ao utente para se apresentar; Relembrar ao utente o objetivo do estudo; Aplicação do questionário sociodemográfico; Aplicação da escala HAD;	Técnica de quebra-gelo Método escrito	Questionário sociodemográfico; Escala HAD;	20'
Apresentação do programa e intervenção e negociação do mesmo e regras de funcionamento	Apresentação do plano do programa de sessões a ser desenvolvido; Explicar ao utente os objetivos das sessões e a forma como estas	Método expositivo: explicação breve e orientada acerca dos objetivos e regras	- Tabela com plano de programa (Resumo)	15'

	<p>irão decorrer.</p> <p>Esclarecer quais as regras que o utente tem que cumprir para continuar no estudo.</p>			
Conhecimento acerca da ansiedade e depressão	<p>Identificação junto do utente do conhecimento prévio acerca da sua patologia;</p> <p>Dar mais informação acerca da patologia, de acordo com as suas necessidades;</p> <p>Entregar e explicar folheto e informativo.</p>	<p>Método expositivo: Explicação de folheto informativo, após questionamento de conhecimentos prévios da doença.</p>	Folheto informativo: “Depressão e ansiedade”	20’
Fecho da sessão	<p>Questionar o utente acerca de dúvidas que tenha;</p> <p>Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;</p>	<p>Método expositivo: breve resumo do que foi falado na sessão.</p>		5’

PLANO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

Data: 6 de Julho 29012

Local: Domicílio de uma utente acompanhada pelo serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON

Justificação/fundamentação:

No decurso da minha experiência no ensino clínico realizado no serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON, tenho-me apercebido que nas consultas de enfermagem, algumas das abordagens realizadas têm por base intervenções psicoterapêuticas.

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

Esta terapia tem como objetivo aumentar o sentimento de bem-estar do indivíduo. A intervenção psicoterapêutica emprega uma variedade de técnicas baseadas na construção de relacionamento experiencial, diálogo, comunicação e mudança de comportamento que são planeados para melhorar a saúde mental de um cliente ou paciente, ou para melhorar as relações de grupo (família por exemplo).

Desta forma, a intervenção psicoterapêutica coaduna-se com os objetivos da sessão que pretendo implementar a uma das utentes seguidas pelo serviço de psiquiatria e saúde mental do CHON. De forma mais concreta, as intervenções planeadas têm por base a psicoterapia orientada para a solução de problemas.

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

Esta abordagem tem por base um conjunto de premissas e que consistem nas seguintes:

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

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

No que se refere às abordagens seguintes, ou ainda num primeiro contato, o terapeuta deve identificar qual o problema do utente, verificando quais os fatores que parecem ter influência nas variações e intensidade do problema – quer se trate do lugar, das pessoas ou de qualquer outro contexto (Caballo, 1996).

Posteriormente procurar-se-á abordar a história de vida do utente, no que se refere a experiências passadas semelhantes, identificando o que a pessoa já fez para solucionar o problema e que estratégias resultaram (Caballo, 1996).

Esta reflexão acerca dos problemas, leva a que o utente encontre novas perspectivas de resolução para os mesmos, mas que também diminua a sua ansiedade, extravasando os seus sentimentos, angústias e medos em relação às situações problemáticas.

Referências bibliográficas:

Caballo, Vicente (1996) – Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. Santos editora. ISBN: 9788572882118.

Programa	
Tema	Um momento para se expressar...
Tipo de intervenção	Intervenção psicoterapêutica individual
Objetivo geral	Promover a expressão de sentimentos
Terapeutas	Vera Leal e Lídia Corado
Local	Centro Hospitalar Oeste Norte (visita domiciliária)
Data	6 de Julho 2012
Duração	60'
Destinatário	Utente em acompanhamento pelo departamento de psiquiatria e saúde mental do CHON

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Resumo da visita anterior	Perguntar à utente como se tem sentido desde a visita anterior; Identificar novas situações que a utente considere relevantes.	- Método interrogativo - Escuta ativa	Ambiente calmo	10'
Sentimentos/emoções	Promover a expressão de sentimentos por parte da utente em relação à família;	- Método interrogativo/ativo - Estabelecer empatia		15'
Confiança	Identificar junto da utente as situações de vida que levaram a uma diminuição de confiança em relação aos outros; Estabelecer uma relação de confiança com a utente;	- Método interrogativo/escuta ativa		25'

Fecho da sessão	Questionar o utente acerca de dúvidas que tenha; Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;	Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi falado na sessão.		10'
-----------------	--	---	--	-----

Referências bibliografias

Caballo, Vicente (1996) – Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. Santos editora. ISBN: 9788572882118.

Plano da sessão n.º 2

Título: “Como sou eu?”

Tema: Autoestima

Justificação:

A autoestima é descrita como um *sine qua non* emocional, um componente que é essencial para a sobrevivência psicológica. Consiste na noção que o próprio indivíduo tem do seu valor e sem ela a vida pode ser extremamente dolorosa, com algumas necessidades básicas a não serem satisfeitas e comprometendo a vida do indivíduo (Townsend, 2011; Walkaria, 2008).

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

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

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

No que se refere ao autoconceito, este consiste na componente cognitiva, na totalidade de um sistema complexo, organizado e dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e crenças que cada pessoa tem como verdadeiras acerca de si. As duas componentes do autoconceito consistem no *self* físico/imagem corporal e identidade pessoal. A imagem corporal consiste numa perceção subjetiva da aparência física com base na auto e heteroavaliação. Esta imagem corporal muitas vezes pode não coincidir com a sua aparência real. A identidade pessoal está relacionada com o *self* moral ético (identidade pessoal que avalia o que o indivíduo é), a consistência do *self* (componente da

identidade que tenta manter uma imagem estável do próprio), *self* ideal/ expectativa do *self* (percepção de um indivíduo do que quer fazer, ser ou tornar-se). Desta forma, ao avaliarmos o autoconceito temos de ter subjacente a avaliação destes aspetos junto do indivíduo (Townsend, 2011).

No que concerne à autoestima esta corresponde ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si mesmos e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos. Segundo Maslow (1970) os indivíduos devem alcançar uma autoestima positiva antes de poderem alcançar a autorrealização. Com um valor próprio positivo os indivíduos conseguem adaptar-se com sucesso às exigências associadas às crises situacionais e de amadurecimento. A capacidade dos indivíduos se adaptarem a estas mudanças é comprometida quando têm baixa de autoestima. Tal como a imagem corporal e a identidade pessoal, o desenvolvimento da autoestima é largamente influenciado pelas percepções de como um indivíduo é visto pelas pessoas significativas (Townsend, 2011; Walkaria, 2008).

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

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

O desenvolvimento da autoestima progride durante a vida. Erikson descreve 8 crises de transição, cuja resolução podem ter uma influência considerável no desenvolvimento da autoestima do indivíduo. Se a fase tiver uma resolução positiva, o indivíduo desenvolve

estratégias de *coping* eficazes que permitem uma boa resolução das fases seguintes, bem como de outras crises situacionais e de maturação subsequentes (Townsend, 2011).

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

Focais - Preocupações imediatas que ameaçam a autoestima, tais como: término de uma relação significativa, perda de emprego, reprovação num exame, etc.

Contextuais: Estímulos presentes no ambiente de um indivíduo e que contribuem para o comportamento, tais como: filho de uma relação ficar emocionalmente incapacitado em resposta ao divórcio, idade avançada interfere com aquisição de emprego, entre outros.

Residuais: Fatores que podem influenciar o comportamento mal-adaptativo de um indivíduo, tais como: criação de uma atmosfera de ridicularização e depreciação pode afetar a adaptação atual ao insucesso num exame.

Os sintomas de baixa autoestima consistem nos seguintes: perda de apetite/perda de peso; comer demais; obstipação ou diarreia; distúrbios do sono; hipersónia; queixas de fadiga; má postura corporal; afastamento das atividades; dificuldade em iniciar novas atividades; diminuição da libido; diminuição do comportamento espontâneo; expressão de tristeza, ansiedade ou desânimo; expressão de sentimentos de isolamento; medo de irritar os outros; evitar situações de autoexposição ou exposição pública; tendência a permanecer em segundo plano; ser ouvinte em vez de participante; sensível a críticas, consciente de si próprio; expressão de sentimentos de desamparo; diversas queixas de dores; expressão de ser-se incapaz de fazer alguma coisa boa ou produtiva; expressões de auto-depreciação, não gostar de si próprio e insatisfação consigo próprio; negação de sucessos/realizações anteriores e da possibilidade de sucesso nas atividades atuais; sentimento de que o que fizer vai falhar ou não vai ter sentido; ruminação sobre os problemas; procurar reforço de outros; fazer esforços para obter favores, mas não dar reciprocidade a este comportamento; ver-se a si mesmo como um fardo para os outros; alienação dos outros ao apegar-se e preocupações consigo próprio; autoacusações; exigir reconforto, mas não o aceitar; comportamento hostil; zangado consigo próprio e

com os outros, mas incapaz de expressar esses sentimentos diretamente; diminuição da capacidade de fazer face a responsabilidades; diminuição do interesse, motivação, concentração; e diminuição no autocuidado de higiene.

O estabelecimento de fronteiras (espaço pessoal, tanto físico, como psicológico, que os indivíduos identificam como seu) ajudam o indivíduo a definir o *self* e fazem parte do processo de individualização. Desta forma, os indivíduos que têm uma boa consciência das suas fronteiras têm uma autoestima saudável, pois conhecem o seu *self* interior (crenças, pensamentos, sentimentos, decisões, escolhas, sensações), o que nas pessoas com depressão e ansiedade se encontra alterado e marcado pela catastrofização e pela perspetiva negativa de si mesmo (Townsend, 2011).

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

Referências bibliográficas

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

Walkaria (2008) – Analise como anda a sua auto-estima e se valorize, no site www.medianeira.com.br, acessado em Março 2012.

Programa	
Nº sessão	2ª Sessão
Tema	Autoestima
Título	“Como sou eu?”
Objetivo geral	Promover a autoestima dos utentes
Enfermeira	Vera Leal
Local	Hospital Distrital de Santarém (HDS) – Serviço de internamento de psiquiatria (piso 1)
Período de tempo	De Abril a Maio de 2012 (no mesmo dia, apenas será aplicada uma sessão a cada utente)
Duração	60’
Participantes	10 Utes internados no HDS (sessão individual por cada utente)

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Resumo da sessão anterior	Perguntar ao doente se recorda do que foi falado na sessão anterior; Resumir os pontos principais dessa sessão	Método do brainstorming		5’
A Autoestima	Identificar o nível de autoestima do utente	Aplicação de um questionário: Inventário da autoestima.	Questionário: Inventário da autoestima 1 Caneta	10’
	Conhecer o autoconceito do utente Promover a reflexão do utente acerca do seu autoconceito.	Desenvolvimento da atividade “Fotografias”. Ajudar a utente a identificar os seus aspetos positivos e levá-la a refletir e a falar	Fotografias realistas e todas idênticas;	30’

		acerca dos mesmos; Levar a utente a refletir acerca do que pode fazer para melhorar o seu autoconceito/autoestima		
	Aprofundar conhecimentos acerca da autoestima	Método expositivo; Entrega de um folheto “Promover a minha autoestima”. Discussão do folheto com o utente.	Folheto “Promover a minha autoestima”	10’
Fecho da sessão	Questionar o utente acerca de dúvidas que tenha; Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;	Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi falado na sessão.		5’

Conteúdos das atividades

Atividade: Fotografias

Material: 15 fotografias realistas e idênticas (todas de cor)

- Espalhar as fotografias na mesa e convidar o utente a escolher a qual mais se identifique.
- Definida a fotografia, a pessoa pega na foto.
- Depois pede-se ao utente que fale sobre sua escolha, sobre como a fotografia se identifica com ele.
- Avaliar como se sentiu e o que descobriu de novo com a dinâmica conversando um pouco mais sobre o que foi vivenciado:
 - O que sentiu no momento de escolher sua fotografia?
 - Gostaria de ter escolhido alguma que não estivesse aqui?

Referências bibliografias

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

Walkaria (2008) – Analise como anda a sua auto-estima e se valorize, no site www.medianeira.com.br, acessado em Março 2012.

Plano da sessão n.º 3

Título: “Pensamento positivo”

Tema: Reestruturação cognitiva

Justificação:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por fim, pode-se recorrer à técnica de cessação do pensamento, dado que um pensamento disfuncional tem tendência em assumir uma proporção de importância

crecente para o utente. Desta forma, o doente identifica o seu pensamento e fala sobre ele, até que o enfermeiro interrompe o pensamento dizendo “pare”. O objetivo é que o próprio doente assuma a capacidade de o fazer de forma similar e silenciosa. Contudo, esta técnica tem maior eficácia no início do pensamento disfuncional, não sendo facilmente usada noutras situações (Stuart, 2001).

Referências bibliográficas

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

Stuart, Gail (2001) – Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. Brasil: vários editores. ISBN: 9788573077131.

Lima, Marina (2005) – Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. Lisboa: Climepsi editores. ISBN: 972-796-161-4.

Programa	
Nº sessão	3ª Sessão
Tema	Reestruturação cognitiva
Título	“Pensamento positivo”
Objetivo geral	Promover a reestruturação das cognições distorcidas, através da reformulação dos seus pensamentos e problemas
Enfermeira	Vera Leal
Local	Hospital Distrital de Santarém (HDS) – Serviço de internamento de psiquiatria (piso 1)
Período de tempo	De Abril a Maio de 2012 (no mesmo dia, apenas será aplicada uma sessão a cada utente)
Duração	60’
Participantes	10 Utentes internados no HDS (sessão individual por cada utente)

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Resumo da sessão anterior	Perguntar ao doente se recorda do que foi falado na sessão anterior; Resumir os pontos principais dessa sessão	Método do brainstorming		5’
Sentimentos	Ajudar o utente a identificar e refletir acerca dos seus sentimentos do momento;	Desenvolvimento da atividade: “A cor do sentimento” Discussão da atividade com o utente.	Tiras de papel de várias cores	20’
Pensamentos automático	Identificação junto do utente dos seus pensamentos automáticos, de carácter negativo;	Desenvolvimento da atividade: Registo dos meus pensamentos;	Folha com tabela: Registo dos meus sentimentos 1 Caneta	30’

	Avaliação dos pensamentos automáticos pela implementação de técnicas cognitivas, de acordo com as necessidades individuais de cada utente.	Implementação das seguintes técnicas cognitivas: - Comprovação da realidade; - Técnicas de reatribuição.		
Fecho da sessão	Questionar o utente acerca de dúvidas que tenha; Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;	Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi falado na sessão.		5'

Conteúdos das atividades

Atividade: A cor do sentimento

Material: Tiras de papel de várias cores

- Durante os primeiros cinco minutos solicitar ao utente que se concentre, fechando os olhos, procurando uma interiorização e uma conscientização acerca dos próprios sentimentos no momento.
- Decorridos os cinco minutos, e abrindo os olhos, pede-se que a pessoa, em silêncio, escolha um guardanapo, relacionado a cor dele com os sentimentos do momento.

- De seguida a pessoa irá explicar o relacionamento encontrado entre a escolha da cor do guardanapo e os seus sentimentos do momento.
- Posteriormente pede-se à pessoa que expresse os seus sentimentos do momento, através de uma forma dada ao guardanapo/papel. O importante não é tanto se a forma dada ao guardanapo seja muito exata, mas o que esta forma representa.

Conteúdos das atividades

Atividade: Registo dos meus pensamentos

Material: Uma tabela com 6 colunas: data; situação; emoção(ões); pensamento(s) automático(s); resposta racional; resultado

- Entregar uma folha na qual estão contempladas 6 colunas: data; situação; emoção(ões); pensamento(s) automático(s); resposta racional; resultado.
 - Explicar ao utente o que se pretende com o preenchimento da folha;
 - Explicar a forma de preenchimento de cada coluna
- ✓ Após identificação dos pensamentos/situações negativas vamos avaliá-los pela implementação das seguintes técnicas cognitivas:
- 1º) Comprovação da realidade:
- Que evidência tem deste pensamento?
 - Existe alguma forma alternativa de ver a situação?
 - Está a esquecer factos relevantes ou centra-se exclusivamente em factos irrelevantes?
 - Posso encontrar mais evidências acerca da realidade deste pensamento?
- 2º) Técnicas de reatribuição
- O utente explora todas as causas para o problema/preocupação, analisando:
- O que pensaria uma outra pessoa sobre a situação?
 - Está a superestimar o grau de responsabilidade que tem para que as coisas caminhem desta forma?
 - Está a superestimar o grau de controlo que tem sobre a maneira como as coisas funcionam?

Referências bibliografias

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

Walkaria (2008) – Analise como anda a sua auto-estima e se valorize, no site www.medianeira.com.br, acessado em Março 2012.

Plano da sessão nº 4

Título: “ Vamos aprender a resolver os nossos problemas...”

Tema: Aplicação do método orientado para a solução de problemas

Justificação:

Uma das grandes dificuldades dos utentes com diagnóstico de depressão e sintomatologia ansiosa consiste na dificuldade em resolver os problemas do dia-a-dia, atendo à falta de estratégias de coping desenvolvidas por estes indivíduos, bem como às suas distorções cognitivas que não lhes permitem encarar o problema de uma forma clara. O exemplo de uma abordagem que pode ser implementada consiste no método centrado na solução de problemas.

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

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

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

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

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

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

Durante a implementação do método, na entrevista que é realizada ao utente, pode-se recorrer a algumas técnicas que visam reconhecer a competência do utente e ajudam a compreender como encontrou soluções no passado e na forma como pode descobrir novas soluções. Alguns exemplos destas técnicas consistem na normalização (interpretar as situações, destacando a sua normalidade), sincronização com a linguagem do utente (aproximar a linguagem do terapeuta à do utente para favorecer o contacto), reconhecimento das forças do cliente e reenquadramento (explicação verbal que muda o sentido conceptual e emocional de uma situação) (Caballo, 1996).

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

Objetivos:

- ✓ Identificar junto do utente os problemas que este identifica em relação á sua vida;
- ✓ Identificar estratégias de resolução do problema anteriores;
- ✓ Identificar as competências do utente para resolução dos seus problemas;
- ✓ Ajudar o utente a identificar as soluções para o seu problema.

Seleção dos participantes:

- ✓ Utentes internados no Serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém que apresentem diagnóstico de depressão e que aceitem participar no estudo de investigação.

Duração: 60 minutos

Local de realização: Gabinete do serviço de internamento do Hospital Distrital de Santarém, localizado no piso 1.

Material necessário:

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

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- 1 folha com tabela para preenchimento dos problemas;
- 1 caneta

Métodos e técnicas:

- ✓ Resumo da sessão anterior;
- ✓ Pedir ao utente para refletir acerca dos seus problemas;

- ✓ Pedir-lhe para preencher uma tabela que apresenta 4 colunas distintas: Lista de problemas, o que me parece que precisa mudar; o que já fiz anteriormente para mudar; o que ainda preciso de fazer.
- ✓ Durante o preenchimento da tabela ir ajudando o utente a encontrar algumas soluções para os seus problemas, levando-o a refletir profundamente acerca dos mesmos;
- ✓ Resumo final da sessão

Referências bibliográficas:

Caballo, Vicente (1996) – Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. Santos editora. ISBN: 9788572882118.

Plano da sessão

Programa	
Nº sessão	4ª Sessão
Tema	Método de solução de problemas
Título	“ Vamos aprender a resolver os nossos problemas... ”
Objetivo geral	Ajudar o utente a identificar as soluções para o seu problema.
Enfermeira	Vera Leal
Local	Hospital Distrital de Santarém (HDS) – Serviço de internamento de psiquiatria (piso 1)
Período de tempo	De Abril a Maio de 2012 (no mesmo dia, apenas será aplicada uma sessão a cada utente)
Duração	60’
Participantes	10 Utentes internados no HDS (sessão individual por cada utente)

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Resumo da sessão anterior	Perguntar ao doente se recorda do que foi falado na sessão anterior; Resumir os pontos principais dessa sessão	Método do brainstorming		5’
Identificação de problemas	Identificar junto do utente os problemas que este identifica em relação á sua vida;	Escuta ativa/interrogação		20’
Método de resolução de problemas	Identificar estratégias de resolução do problema anteriores;	Realização da atividade: método de resolução de	- 1 folha com tabela; - 1 caneta	30’

	Identificar as competências do utente para resolução dos seus problemas; Ajudar o utente a identificar as soluções para o seu problema.	problemas		
Fecho da sessão	Questionar o utente acerca de dúvidas que tenha; Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;	Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi falado na sessão.		5'

Conteúdos das atividades

Atividade: Método de resolução de problemas

Material: 1 folha com tabela, 1 caneta, espaço calmo

- ✓ Pedir-lhe para preencher uma tabela que apresenta 4 colunas distintas: Lista de problemas, o que me parece que precisa mudar; o que já fiz anteriormente para mudar; o que ainda preciso de fazer.
- ✓ Durante o preenchimento da tabela ir ajudando o utente a encontrar algumas soluções para os seus problemas, levando-o a refletir profundamente acerca dos mesmos;

Referências bibliografias

Caballo, Vicente (1996) – Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. Santos editora. ISBN: 9788572882118.

Lista de problemas	O que me parece que precisa mudar	O que já fiz anteriormente para mudar	O preciso fazer

Plano da sessão n.º 5

Título: “Eu consigo gerir a minha ansiedade”

Tema: Gestão da ansiedade

Justificação:

A ansiedade pode referir-se quer a um estado emocional, designando-se por estado de ansiedade, como a uma característica da personalidade, o que consiste no traço de ansiedade. A primeira opção ocorre como uma reação temporária a um acontecimento sentido como ameaçador, enquanto a segunda corresponde a uma tendência para o indivíduo encarar todos os acontecimentos neutros como potenciais geradores de stress e de um estado de ansiedade como reação a esses acontecimentos (Payne, 2003).

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

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

- Reestruturação cognitiva: modificação de padrões conscientes de pensamento.
- Treino de competências sociais e de assertividade.
- Técnicas de relaxamento.
- Auto-monitorização, o que consiste em reconhecer as situações que provocam maior ansiedade, registar a sua ocorrência e verificar o nível de stress que origina.

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

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

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

Objetivos:

- ✓ Identificar as situações que geram uma maior ansiedade no utente;
- ✓ Ajudar o utente a encontrar algumas estratégias para gerir as situações que lhe gerem maior ansiedade, pela redução da mesma.

Seleção dos participantes:

- ✓ Utentes internados no Serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém que apresentem diagnóstico de depressão e que tenham aceite participar no estudo de investigação.

Duração: 60 minutos

Local de realização: Gabinete do serviço de internamento do Hospital Distrital de Santarém, localizado no piso 1.

Material necessário:

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

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- 1 folha;
- 1 caneta.

Métodos e técnicas:

- ✓ Breve resumo da sessão anterior;
- ✓ Identificação, junto com o utente, das situações de despoletam maior ansiedade;
- ✓ Elaboração de um gráfico, em conjunto com o utente, representativo dos picos de maior ansiedade experienciada pelo mesmo ao longo do dia, através da realização da atividade “O gráfico da minha vida”:

O gráfico da minha vida:

Objetivos da atividade: Dar oportunidade de fazer um feedback da sua vida.

Material: Folhas de papel em branco, lápis ou caneta.

Processo:

- Explicar os objetivos do exercício.
- Distribuir uma folha em branco na qual o utente irá traçar uma linha que, através de ângulos e curvas, represente fatos da própria vida que despoletassem maior ansiedade. Os fatos podem limitar-se a um determinado período da vida: por exemplo, os últimos três meses ou o último ano ou a um dia.
- O gráfico pode expressar vivências e sentimentos do tipo religioso, familiar, grupal ou social.
- A seguir, será pedido ao utente que explique o seu gráfico, explicando os pontos mais importantes.

- ✓ Identificação do que o utente faz nas situações em que identifica sentir maior ansiedade;
- ✓ Ensino de algumas técnicas de gestão de ansiedade, com a entrega do folheto “Como gerir a minha ansiedade?”
- ✓ Treino de algumas dessas técnicas com o utente;
- ✓ Resumo do que foi abordado nesta sessão.

Referências Bibliográficas:

Payne, Rosemary (2003) – Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-41-X.

Guerra, M.; Lima, L. - Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-161-X

Maia, H. e outros - Manual de Ajuda Mútua. Secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência. Lisboa: 2002. ISBN 972-9301-76-X

Plano da sessão

Programa	
Nº sessão	5ª Sessão
Tema	Gestão da ansiedade
Título	“Eu consigo gerir a minha ansiedade”
Objetivo geral	Promover a adoção de estratégias de gestão da ansiedade
Enfermeira	Vera Leal
Local	Hospital Distrital de Santarém (HDS) – Serviço de internamento de psiquiatria (piso 1)
Período de tempo	De Abril a Maio de 2012 (no mesmo dia, apenas será aplicada uma sessão a cada utente)
Duração	60’
Participantes	10 Utentes internados no HDS (sessão individual por cada utente)

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Resumo da sessão anterior	Perguntar ao doente se recorda do que foi falado na sessão anterior; Resumir os pontos principais dessa sessão	Método do brainstorming	Espaço de calma e tranquilidade	5’
Fatores que geram ansiedade	Identificação, junto com o utente, das situações de despoletam maior ansiedade	Método de discussão/escuta ativa		10’
Situações vivenciais de ansiedade	Identificação por parte do utente das situações de vida que lhe	Atividade: O gráfico da minha vida	Folha com gráfico e 1 caneta.	30’

	despoletam maior ansiedade			
Técnicas de gestão da ansiedade	Ensinar e explicar algumas técnicas que permitem ao utente diminuir a sua ansiedade	Método expositivo/interrogativo	Folheto: “Como gerir a minha ansiedade?”	10’
Fecho da sessão	Questionar o utente acerca de dúvidas que tenha; Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;	Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi falado na sessão.		5’

Conteúdos das atividades

Atividade: O gráfico da minha vida

Material: 1 folha com gráfico, 1 caneta, espaço calmo

- Explicar os objetivos do exercício.
- Distribuir uma folha em branco na qual o utente irá traçar uma linha que, através de ângulos e curvas, represente fatos da própria vida que despoletassem maior ansiedade. Os fatos podem limitar-se a um determinado período da vida: por exemplo, os últimos três meses ou o último ano ou a um dia.
- O gráfico pode expressar vivências e sentimentos do tipo religioso, familiar, grupal ou social.
- A seguir, será pedido ao utente que explique o seu gráfico, explicando os pontos mais importantes.

Referências bibliográfias

Payne, Rosemary (2003) – Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-41-X.

Guerra, M.; Lima, L. - Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-161-X

Maia, H. e outros - Manual de Ajuda Mútua. Secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência. Lisboa: 2002.

ISBN 972-9301-76-X

Plano da sessão nº 6

Título: “Vamos relaxar...”

Tema: Relaxamento

Justificação:

O termo “relaxamento” é geralmente associado aos músculos, sendo conceptualizado no âmbito do senso comum como um método de alívio da tensão e alongamento das fibras musculares, em oposição à contracção que acompanha a tensão muscular. Contudo, esta definição genérica apenas contempla a dimensão física desta técnica, não englobando a componente mental. Numa definição mais alargada, Ryman (1995) define que o relaxamento consiste num estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo. Desta forma, esta definição já nos remete para os aspectos biológicos do relaxamento, que pode ser induzido pela utilização de métodos físicos, mas também de métodos psicológicos (Payne, 2003).

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

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

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

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

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

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

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

- Atingir um estado de relaxamento profundo em períodos gradualmente mais curtos;

- Controlar o excesso de tensão perante agentes do stress.

Numa sessão de relaxamento deste tipo, é trabalhada uma sequência de contracção e descontração de 16 grupos musculares, que vão sendo reduzidos a 7 e depois a 4, de forma sucessiva. De forma progressiva a tensão é eliminada, atingindo-se o estadio designado por “relaxamento através do pensamento”. A eficácia desta técnica depende essencialmente das competências que vão sendo adquiridas nos diferentes estádios (Payne, 2003).

Objectivos:

- ✓ Promover o relaxamento, reduzindo a ansiedade;
- ✓ Estimular o indivíduo a utilizar algumas estratégias para controlar e gerir a sua própria ansiedade;

Seleção dos participantes:

- ✓ Utentes internados no Serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém com diagnóstico de depressão e que aceitem participar no estudo de investigação.

Duração: 60 minutos

Local de realização: Ginásio do Hospital Distrital de Santarém, localizado no piso 0, junto às consultas externas do Hospital.

Material necessário:

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

- Um espaço que proporcione um ambiente calmo e tranquilo;
- 1 Colchão/cadeirão;

- 1 Rádio com leitor de CD;

Métodos e técnicas:

- ✓ Resumo da sessão anterior.
- ✓ Inicialmente, será dada a conhecer a técnica de respiração abdominal ao participante, através de uma apresentação de um folheto informativo. Após a apresentação será feito um treino com o doente para implementação das técnicas ministradas.
- ✓ Posteriormente ir-se-á passar para uma técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, em que será explicado ao participante os objectivos da técnica, bem como os procedimentos a adoptar durante a sessão.
- ✓ O participante deita-se no colchão, adoptando a posição em que se sente mais confortável e relaxado para realizar o procedimento.
- ✓ Após se encontrar devidamente posicionado e confortável no colchão, ligo o rádio com a música relaxante, de forma a propiciar um melhor ambiente de calma e tranquilidade.
- ✓ Entretanto, o participante será convidado a fechar os olhos, procurar abstrair-se do mundo exterior e focar-se nas indicações que lhe vão ser dadas – leitura do Guião.
- ✓ Após a implementação da técnica, pretende-se que seja criado um período de discussão, de forma a perceber os seus sentimentos, as sensações aquando da realização da sessão.
- ✓ Resumo final do que foi falado nesta sessão.

Referências bibliográficas

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

Payne, Rosemary (2003) – Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-41-X.

Plano da sessão

Programa	
Nº sessão	6ª Sessão
Tema	Relaxamento
Título	“Vamos relaxar...”
Objetivo geral	Estimular o indivíduo a utilizar algumas estratégias para controlar e gerir a sua própria ansiedade
Enfermeira	Vera Leal
Local	Hospital Distrital de Santarém (HDS) – Serviço de internamento de psiquiatria (piso 1)
Período de tempo	De Abril a Maio de 2012 (no mesmo dia, apenas será aplicada uma sessão a cada utente)
Duração	60’
Participantes	10 Utentes internados no HDS (sessão individual por cada utente)

Tema	Objetivos específicos	Estratégias/métodos	Material	Duração
Resumo da sessão anterior	Perguntar ao doente se recorda do que foi falado na sessão anterior; Resumir os pontos principais dessa sessão	Método do brainstorming	Espaço de calma e tranquilidade	5’
Técnica da respiração abdominal	Pedir ao utente que descreva a forma como respira habitualmente; Ensinar e treinar a técnica da respiração abdominal	Método expositivo/ativo	Folheto: respiração abdominal	20’

Técnica de relaxamento progressivo de Jacobson	Ensinar e treinar a técnica de relaxamento progressivo	Método demonstrativo/ativo	Cadeira Rádio CD com música relaxante	30'
Fecho da sessão	Questionar o utente acerca de dúvidas que tenha; Fazer um resumo final do que foi falado na sessão;	Método brainstorming: breve resumo/discussão do que foi falado na sessão.		5'

Conteúdos das atividades

Atividade: técnica de relaxamento progressivo de Jacobson

Material: cadeira, CD com música relaxante, rádio

- ✓ O participante deita-se no colchão, adotando a posição em que se sente mais confortável e relaxado para realizar o procedimento.
- ✓ Após se encontrar devidamente posicionado e confortável no colchão, ligo o rádio com a música relaxante, de forma a propiciar um melhor ambiente de calma e tranquilidade.
- ✓ Entretanto, o participante será convidado a fechar os olhos, procurar abstrair-se do mundo exterior e focar-se nas indicações que lhe vão ser dadas – leitura do Guião **em Anexo**.
- ✓ Após a implementação da técnica, pretende-se que seja criado um período de discussão, de forma a perceber os seus sentimentos, as sensações aquando da realização da sessão.

Referências bibliográfias

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

Payne, Rosemary (2003) – Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-41-X.