



II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

**A prática de enfermagem especializada
em saúde mental e psiquiatria**

Maria Elisa Carraca Gariso

Leiria, Maio de 2014



II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

**A prática de enfermagem especializada
em saúde mental e psiquiatria:
saúde mental e oncologia**

Relatório de Estágio

Maria Elisa Carraca Gariso, nº 5120017

ORIENTADOR: Professor Doutor José Carlos Gomes

CO-ORIENTADOR: Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Cláudia Mourão

Leiria, Maio de 2014

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Coralina – Poetiza

A todos os que contribuíram para o desenvolvimento
das minhas competências especializadas
em Saúde Mental e Psiquiatria.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes pela disponibilidade e dedicação demonstradas ao longo deste relatório, bem como pela orientação sempre com correções e sugestões pertinentes nas várias etapas que culminaram na concretização deste trabalho. Quero ainda agradecer-lhe, por ao longo destes três semestres ter sempre em atenção as nossas preocupações, cuidando sempre na nossa saúde mental.

Agradeço igualmente à minha co-orientadora pela partilha e cumplicidade, sendo um modelo na humanização e excelência dos cuidados especializados em saúde mental.

Ao Henriquinho pela força transmitida no seu sorriso.

Ao meu marido, pelo apoio, carinho e compreensão por todos os momentos de ausência em especial num momento de transição das nossas vidas.

À minha mãe por ser uma boa ouvinte e conselheira nas horas de maior dificuldade.

A todos os meus colegas e amigos do Mestrado, que partilharam comigo novas formas de ver a vida e proporcionaram momentos únicos de grande saúde mental, mesmo em momentos de grande dificuldade.

À equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia, que me mostraram uma forma única de ver a oncologia, sendo fonte de grande aprendizagem.

E, por fim, um agradecimento muito especial às pessoas com doença oncológica e seus familiares que tanto me ensinaram, e contribuíram de forma preponderante para as minhas aprendizagens e desenvolvimento de competências especializadas em saúde mental.

Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARISCO – Instituição para a Promoção social e da Saúde

CBI – Copenhagen Burnout Inventory

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CNCV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EADS – Escala de ansiedade, depressão e stress

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

MHI – Inventário de saúde mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública

TIC – Técnica de Incidentes Críticos

RESUMO

O presente relatório pretende evidenciar a integração de saberes e competências desenvolvidas nos dois locais de ensino clínico onde desenvolvi a minha prática especializada em saúde mental e psiquiatria.

Os contextos de ensino clínico apresentaram-se como uma oportunidade fundamental de crescimento pessoal e profissional, implicando a mobilização de várias competências, revestindo-se de um elevado potencial formativo nesta área.

O ensino clínico no serviço de ambulatório de psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) permitiu-me a aquisição de conhecimentos e competências específicas para a intervenção na doença mental grave. E o ensino clínico desenvolvido no hospital de dia de oncologia do CHMT, devido à multiplicidade de situações encontradas mobilizou conhecimentos e saberes mais amplos e diversificados na área da promoção da saúde mental. Foi especialmente importante porque potenciou oportunidades de crescimento pessoal únicas, motivando reflexões e debates, permitindo alcançar um conhecimento pessoal elevado

Foi desenvolvido um estudo de investigação com o objetivo de avaliar o impacto dos grupos de encontro na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica. As sessões desenvolvidas visavam a capacitação de estratégias de *coping* com o intuito de diminuir a ansiedade, a depressão e o stress e promover a saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica. Da intervenção composta por quatro sessões, participaram quatro familiares do sexo feminino, que foram avaliadas, antes das sessões e após as sessões, utilizando a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS – 21) e o Inventário de Saúde Mental (MHI – 5). Concluiu-se que após as sessões houve uma melhoria significativa para os elementos do grupo, adquirindo estratégias de *coping* que levaram à diminuição da depressão, da ansiedade e do stress, havendo o aumento da saúde mental de todos os participantes.

Descritores: Grupos de encontro; Familiares; Oncologia; Saúde mental.

ABSTRACT

This report aims to highlight the knowledge and skills integration developed in both clinical teaching sites where I developed my specialized practice in mental health and psychiatry.

Clinical education contexts were presented as a key opportunity for personal and professional growth, involving various skills mobilization, coating a high learning potential in this area.

Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) outpatient psychiatry service as clinical education context, allowed the specific knowledge and skills acquisition for intervention in severe mental illness. And the CHMT day oncology hospital clinical education, due to multitude situations encountered, mobilized knowledge and diversified broader knowledge in the mental health promotion area. It was especially important because leveraged unique personal growth opportunities, encouraging reflection and discussion, allowing to achieve a high personal knowledge.

A research study, to evaluate the impact of encounter groups in promoting oncological disease people's family members mental health, was developed. The developed training sessions aimed at coping strategies in order to reduce anxiety, depression and stress and to promote oncological disease people's family members mental health. In the four sessions intervention attended four female gender family members, having existed a review before and after the sessions, using the Anxiety, Depression and Stress Scale, EADS - 21, and Mental Health Inventory, MHI-5. The conclusions were that, after the sessions, there was an improvement to the group elements, by acquiring coping strategies that led to depression, anxiety and stress decrease, having all participants increased their mental health

Descriptors: Encounter Groups; Family; Oncology; Mental Health.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS XI

INTRODUÇÃO 13

PARTE 1 – PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 16

1.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO CHMT – UNIDADE DE TOMAR 16

1.2. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DO CHMT – UNIDADE DE TOMAR 21

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E NORMATIVA 25

3. INCIDENTES CRÍTICOS 31

3.1. TREINO COMPETÊNCIAS DE PARENTALIDADE POSITIVA 32

3.2. SAÚDE MENTAL E A ONCOLOGIA 37

3.3. PENSAR POSITIVO 44

3.4. FORMAÇÃO EM SERVIÇO 50

3.5. CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE LIGAÇÃO 56

CONCLUSÃO 63

PARTE 2 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. ENQUANDRAMENTO TEÓRICO	65
2. METODOLOGIA	69
2.1. TIPO DE ESTUDO	69
2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	71
2.3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	72
2.3.1. Variáveis dependentes	72
2.3.2. Variável independente	73
2.3.3. Variáveis atributo	73
2.4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DA AMOSTRA	74
2.5. PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS	75
2.5.1. Desenho de investigação	76
2.5.2. Instrumentos de colheita de dados	77
2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	79
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	81
3.1. APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS	81
3.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	83
3.3. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL	84
3.4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL	88
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO 94

CONCLUSÃO 96

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 98

ANEXOS

ANEXO I – Planos das 4 sessões de treino de competências de parentalidade positiva

ANEXO II – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, EADS - 21

ANEXO III- Inventário de Saúde Mental, MHI - 5

ANEXO IV- Escala de APGAR familiar

ANEXO V – Planos das 3 sessões de intervenção psicoterapêutica individual

ANEXO VI – Planos das 3 sessões de formação em serviço

ANEXO VII - Copenhagen Burnout Inventory e Resultados obtidos

ANEXO VIII – Projeto da consulta de enfermagem de saúde mental de ligação, enviado à administração do CHMT

ANEXO IX – Jogo psicológico “O meu brasão pessoal”

ANEXO X – Convite para as sessões do grupo de encontro

ANEXO XI – Pedido formal à comissão de ética do CHMT para realização do estudo

ANEXO XII – Parecer da comissão de ética do CHMT para realização do estudo

ANEXO XIII – Contrato terapêutico do grupo de encontro

ANEXO XIV – Planos das 4 sessões do grupo de encontro

ANEXO XV – Artigo do estudo “O impacto dos grupos de encontro na promoção da saúde mental dos familiares da pessoa com doença oncológica face ao processo de doença”.

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I. 1 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem no pré e pós-intervenção 36

QUADRO I. 2 – Competências comuns e especializadas do EESM adquiridas com a realização da intervenção treino de parentalidade positiva 36

QUADRO I. 3 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem no pré e pós-intervenção 43

QUADRO I. 4 – Competências comuns e especializadas do EESM adquiridas com a realização do estudo de caso 44

QUADRO I. 5 – Competências comuns e específicas do EESM adquiridas com a realização da intervenção Pensar Positivo 50

QUADRO I. 6 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem, elaborados para o grupo, no pré e pós-intervenção 56

QUADRO I. 7 – Competências comuns adquiridas com a realização da intervenção Formação em Serviço 56

QUADRO I. 8 – Competências comuns e especializadas do EESM adquiridas com a realização da intervenção criação e implementação da consulta de enfermagem de saúde mental de ligação 62

QUADRO I. 9 – Quadro resumo das competências comuns e especializadas em saúde mental adquiridas durante a prática especializada 63

QUADRO II. 1 – História de enfermagem dos sujeitos em estudo 81

QUADRO II. 2 – Diagnóstico de enfermagem no primeiro momento 84

QUADRO II. 3 – Descrição da intervenção especializada realizada 85

QUADRO II. 4 - Resultados obtidos e avaliação da intervenção grupos de encontro no primeiro e segundo momento da intervenção 88

INTRODUÇÃO

O presente relatório sobre a prática especializada em saúde mental e psiquiatria é inerente ao período compreendido entre 4 de Março e 12 de Julho de 2013, tendo os ensinamentos clínicos sido desenvolvidos no Serviço de Ambulatório de Psiquiatria e no Hospital de Dia de Oncologia do CHMT, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP), da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria.

Com a realização dos ensinamentos clínicos pretendeu-se complementar os conhecimentos teóricos lecionados no primeiro semestre, bem como desenvolver competências especializadas na área da saúde mental e psiquiatria.

De acordo com o planeamento descritivo do segundo semestre do segundo MESMP, inerente ao ano letivo 2012-2014, o enfermeiro especialista em saúde mental tem um papel fulcral na promoção e manutenção da saúde mental e do bem-estar proporcionando condições para as pessoas tenham a nível pessoal, familiar e comunitário o máximo de saúde. De facto, de acordo com o Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro (p. 8669), Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”. Sendo objetivos fundamentais da enfermagem de saúde mental a promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, bem como o diagnóstico e intervenção perante respostas desajustadas ou desadaptadas face aos processos de transição geradores de sofrimento mental (op. cit.).

Neste sentido, são objetivos deste relatório:

- Refletir de forma crítica e fundamentada, sobre o desenvolvimento das competências esperadas para o EESM, adquiridas durante a prática especializada, de acordo com os regulamentos 122/2011 de 18 de Fevereiro e 129/2011 de 18 de Fevereiro;

- Demonstrar a aplicação dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nos semestres transatos;
- Desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência científica;
- Elaborar um documento académico tendo como objetivo a aquisição do grau académico de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental.

O relatório apresenta-se como uma exposição escrita pormenorizada, relativas aos momentos de aquisição de competências especializadas e competências pessoais, traduzindo-se numa explanação das intervenções desenvolvidas de forma objetiva, sistemática, fundamentada e crítica.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira parte inerente à prática especializada em enfermagem de saúde mental, em que foi realizada uma breve caracterização dos serviços à luz do referencial da idoneidade formativa e dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Seguidamente é realizada uma contextualização do modelo de enfermagem que norteou as intervenções planificadas. E, por fim é realizada uma reflexão fundamentada, sobre os incidentes críticos que conduziram à aquisição de competências especializadas, culminado na elaboração de um quadro resumo das competências adquiridas.

Na segunda parte deste relatório, procede-se à apresentação do estudo de investigação realizado, em que se realiza, num primeiro capítulo, um enquadramento teórico da temática em estudo. Num segundo capítulo é apresentado a metodologia do estudo, onde são apresentados os objetivos do estudo, a questão da investigação e o desenho da investigação, seguida da apresentação e análise dos resultados obtidos. Posteriormente, num quarto capítulo faz-se uma breve discussão dos resultados obtidos, confrontando os mesmos com os dados disponíveis na literatura.

O estudo termina com uma breve conclusão dos resultados obtidos e uma reflexão sobre as limitações, dando sugestões que julgamos oportunas, sempre no sentido da melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental e da investigação em enfermagem.

**PARTE 1 – PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIATRIA**

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O presente capítulo tem como objetivo apresentar os dois serviços onde foram desenvolvidas as competências de EESM.

Uma vez que todo o percurso profissional desenvolvido até ao momento foi no serviço de psiquiatria internamento, com pessoas com doença mental grave, em fase aguda, a escolha dos dois locais de ensino clínico incidiu na área comunitária.

Realizou-se uma caracterização dos serviços à luz do referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em saúde mental e psiquiátrica. Isto porque, de acordo com o Regulamento 167/2011 de 8 de Março (p. 11114), “o estabelecimento de critérios para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica contribui para garantir a qualidade do Exercício Profissional Tutelado e ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado” e os padrões de qualidade serem considerados um instrumento de relevo para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, de outros profissionais, do público e dos políticos (OE, 2011a).

1.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO CHMT – UNIDADE DE TOMAR

O departamento de psiquiatria do Centro Hospitalar do Médio Tejo surge integrado na rede de referenciação hospitalar, no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental elaborada pela Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direção Geral de Saúde em 2001, segundo a Lei nº36/98 de 24 de Julho e o Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de Fevereiro, onde se previa o Desenvolvimento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Tomar, encontrando-se em funcionamento desde 2002.

O serviço de ambulatório de psiquiatria tem como missão a prestação de cuidados de saúde no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental, de acordo com as necessidades e a realidade sociodemográfica, envolvendo familiares e prestadores de cuidados. Está organizado em três áreas, o internamento, a urgência e o ambulatório. Este último encontra-se dividido em duas valências: o hospital de dia e a consulta externa, que oferecem prestação de cuidados nas áreas de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, nos grupos terapêuticos e na consulta de alcoologia. O ambulatório assegura, também, a prestação de cuidados nas valências de psiquiatria de ligação, psiquiatria forense, pedopsiquiatria, intervenção comunitária, investigação e formação (CHMT, 2011).

O serviço de ambulatório de psiquiatria abrange as três unidades hospitalares, Abrantes, Torres Novas e Tomar, com uma área de influência de 15 concelhos, serve cerca de 226 070 habitantes. Na consulta de enfermagem são acompanhados cerca de 266 clientes, dos quais 128 são seguidos de forma regular (semanal, quinzenal ou mensalmente). Os restantes 138 clientes são acompanhados com uma periodicidade maior devido a fatores como a distância geográfica, as condições económicas, ou porque se encontram numa fase de estabilidade da doença sendo encaminhados para o Centro de Saúde da sua área de residência ou outras instituições na comunidade. Estes clientes são acompanhados mensalmente através de contatos telefónicos, quer para a pessoa com doença mental/família, quer para o enfermeiro do Centro de Saúde, onde é monitorizada a adesão terapêutica (neurolépticos de ação prolongada) (CHMT, 2011).

Conta com uma equipa multidisciplinar constituída por 7 psiquiatras, 3 EESM e 2 enfermeiros de cuidados gerais, 2 psicólogos clínicos, 2 assistentes sociais, 2 administrativos, 2 auxiliares de ação médica, 1 terapeuta ocupacional e 1 técnica de Educação Social (CHMT, 2011).

Face aos dados expostos é pertinente abordar a temática das dotações seguras do serviço. Segundo o Ministério da Saúde e a OE (2011), a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado para carência de enfermeiros e para a necessidade de apostar no crescimento e consolidação deste grupo profissional com o intuito de não colocar em perigo a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde. Para Freitas e Parreira (2013), a dotação adequada de recursos de enfermagem refere-se à correta dotação de enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros existentes no serviço) e em

qualidade (experiência/formação), face às necessidades dos clientes, proporcionando cuidados de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos mesmos.

Com base nos dados estatísticos do CHMT referentes ao ano de 2013, o cálculo do número de enfermeiros¹ para a consulta externa de psiquiatria é de 3.14, estando as dotações seguras corretas neste serviço.

A formação é considerada pelo CHMT (2013), como uma estratégia fundamental para a reciclagem de conhecimentos teóricos aprofundados e especializados que proporciona aos enfermeiros o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades, atitudes e competências necessárias à inovação contínua da prática profissional. Dias (2004), citado por Santos (2008), considera a formação como um processo de transformação individual que engloba a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (perceber a evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são preponderantes para que haja da parte do formando um saber-transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho.

Neste sentido, o serviço de ambulatório de psiquiatria designou um elo de ligação responsável pela implementação de um plano de formação em serviço com temáticas pertinentes, havendo o envolvimento de toda a equipa. A formação permanente é fundamentalmente desenvolvida nas vertentes de formação contínua² e formação em serviço³ (CHMT, 2013).

A formação, realizada no âmbito de ensino clínico, foi discutida com a equipa de enfermagem, e posteriormente deixada no serviço para apresentação a toda a equipa multidisciplinar, sendo incluída no plano de formação do serviço.

¹ Fórmula para cálculo do número de enfermeiros (EN) em consulta externa: $EN = (AT \times HCN / AT) / T$; AT=Número de sessões ao ano (Dados CHMT, 2013 - 3652); HCN/AT=Número de horas de cuidados necessárias por sessão – segundo tabela III (1.09); T=número de horas de trabalho por enfermeiro por ano (1268 horas para Serviços de Psiquiatria e Oncologia) (Ministério da saúde, 2006).

²“Formação contínua é uma parcela da formação permanente e que assume como objetivos adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e capacidades que visem o desenvolvimento pessoal e profissional e que se repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados” (Santos 2008).

³“Formação em serviço é a restante parcela da formação permanente, assume os mesmos objetivos que a primeira mas que se desenrola em simultâneo com a prática profissional e que se repercute na resolução de problemas das diferentes unidades e/ou serviços” (Santos, 2008).

No que concerne aos instrumentos de apoio à prática de enfermagem e aplicações informáticas, no serviço de ambulatório de psiquiatria os planos de cuidados são elaborados utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros e a OE (2009), pretende uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais de enfermagem. Para Pires (2012, p. 24), a linguagem classificada “permite a classificação de fenómenos/focos de atenção (aspectos de saúde com relevância para a prática de enfermagem), instituir ações de enfermagem e observar os resultados obtidos”.

O serviço utiliza o aplicativo informático, Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), para se efetuar os registos de enfermagem, permitindo a aplicação sistemática do plano de cuidados, identificação dos diagnósticos de enfermagem na forma de focos de atenção, atribuição de status aos focos que se traduzem em graus de dependência manifestados pelo cliente e estruturação dos cuidados de enfermagem através da implementação de intervenções de enfermagem programadas, permitindo a sua validação ou justificação da não execução da mesma (Pires, 2012). Os dados recolhidos por este aplicativo devem constituir-se como um resumo mínimo de dados⁴ capazes de produzir indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (CHMT, 2013).

O programa informático SAPE permite o registo de eventos-sentinelas que contribui para diminuição do erro, promovendo a segurança dos clientes e uma melhor gestão da qualidade dos cuidados prestados. Estes eventos-sentinelas são da responsabilidade do elo de enfermagem responsável pela gestão do risco (CHMT, 2013).

O método de trabalho utilizado no exercício da prática de enfermagem é a metodologia de gestão de caso. Segundo Martins e Fernandes (2010), este método de trabalho visa evitar a fragmentação dos cuidados disponíveis, baseando-se numa equipa de saúde (em algumas organizações pode ser um único profissional) que se responsabiliza pela vigilância do cliente ao longo do processo terapêutico, sendo desta forma prestados cuidados personalizados e coesos. É um processo colaborativo entre enfermeiro e cliente, constituído por uma avaliação e diagnóstico da situação, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços. Para Gonzales, Casarin, Carili, Sasaki, Monroe e Villa (2003), o enfermeiro gestor de caso

⁴ Resumo mínimo de dados entende-se como “o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (Werley et al., 1991, citado por OE, 2007, p. 1).

tem a missão de coordenar todos os serviços e instituições que constituem o sistema de saúde, determinar a adequação dos cuidados e vigiar o cumprimento do plano terapêutico por parte do cliente. Assim, a principal função do gestor de caso é advocacia do cliente e o seu principal instrumento de trabalho é a comunicação.

Este método de trabalho está direcionado para pessoas com doença prolongada, sujeitas a tratamentos específicos e com necessidades emergentes, em particular a pessoas com comportamentos aditivos ou com doença mental crónica (Martins & Fernandes, 2010). Na consulta externa cada enfermeira é responsável por um determinado conjunto de clientes, que lhes são atribuídos de acordo com a sua área de residência, sendo responsáveis pela elaboração e supervisão de programas personalizados de tratamento e reabilitação psicossocial dos seus clientes.

De acordo com o Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro, os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar o cliente a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, permitindo-o atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Desta forma, o serviço de ambulatório de psiquiatria cumpre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental previstos pela OE (2011a), sendo de destacar o padrão 3, prevenção de complicações, estando preconizado como objetivo do serviço a monitorização da adesão ao regime terapêutico. Existe uma cooperação com as várias instituições da comunidade, nomeadamente com os Centros de Saúde e Centros de Dia, sendo realizada uma vez por mês o contato telefónico com as instituições de forma a averiguar a evolução do cliente e situação familiar.

O padrão 5, a adaptação, uma vez que nas consultas de enfermagem são elaborados planos de cuidados individualizados, recorrendo a estratégias psicoeducativas, no sentido de promover a capacitação do cliente e da família para eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da doença mental grave (OE, 2011a). É, também, realizada a reabilitação psicossocial, em especial dos clientes jovens, com a averiguação das áreas de interesse dos mesmos e encaminhamento para cursos profissionais disponibilizados pelo centro de formação ou pelo centro de emprego.

E, por fim, o padrão 8, que diz respeito à redução do estigma e a promoção da inclusão social, onde são realizados treinos de competências sociais de forma a promover uma aprendizagem social e a capacitar os clientes com estratégias para minimizar a

disfunção social típica das pessoas com doença mental (Townsed, 2011). Foram sinalizados os clientes mais vulneráveis, com dificuldades económicas e/ou sem família ou sem outro tipo de acompanhamento na comunidade e foram adotadas medidas que promovem o acompanhamento pela sua enfermeira gestora de caso, através de telefonemas semanais ou vindas semanais ao serviço de forma a proporcionar a satisfação dos autocuidados do cliente.

1.2. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA – CHMT

Ao abrigo do quadro de reestruturação do CHMT, em curso, é objetivo do departamento tornar a oncologia numa das áreas de maior qualidade. É, então, missão do serviço a prestação de cuidados diferenciados, com eficiência e qualidade, à pessoa com doença oncológica, envolvendo apenas patologia tumores sólidos, realizando os tratamentos de quimioterapia, endovenosa e intravesical, substituição hormonal, limpeza e heparinização do catéter venoso central e tratamentos biológicos (pessoas com doença de Crohn).

Segundo informação disponível no site oficial do CHMT (2014), a área de abrangência do hospital de dia de oncologia restringe-se ao concelho de Tomar, uma vez que nas unidades de Abrantes e Torres Novas, também, existe este serviço. Contempla os concelhos de Ferreira do Zêzere, Ourém e Tomar num total de 98 625 habitantes. Segundo os dados estatísticos do CHMT, referentes ao ano de 2013, são seguidos em consulta 533 clientes, num total de 3544 sessões/ano.

O hospital de dia apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por: 3 oncologistas, 1 enfermeiro chefe, especialista em reabilitação, 1 enfermeira especialista em reabilitação, 2 enfermeiras de cuidados gerais, 1 assistente operacional, 1 assistente social e 1 administrativa. À quarta-feira, na parte da tarde, realiza-se uma reunião, designada de decisão terapêutica, com toda a equipa multidisciplinar onde se discutem os casos clínicos.

As dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2006). Assim, e de acordo com os dados referidos, o

cálculo do número de enfermeiros correto⁵ no hospital de dia de oncologia é de 3.38, verificando-se que estão garantidas as dotações seguras neste serviço (Ministério da Saúde, 2006).

O modelo teórico utilizado pela equipa de enfermagem é o de Hidegard Pepelau, dado que a prestação de cuidados assenta no estabelecimento de relações interpessoais, sendo o cliente e a família parceiros no processo de enfermagem (CHMT, 2013). Esta filosofia de cuidar é essencial para a pessoa/família conseguirem ultrapassar os processos de sofrimento inerentes à doença, bem como capacita-los sobre os problemas de saúde e formas/estratégias de os ultrapassar. A OE (2011a, p. 2) corrobora esta ideia referindo que “a pessoa, no decurso do seu projeto de vida e de saúde confronta-se com inúmeros desafios, cujo sucesso, na resolução, reside nas suas capacidades de adaptação”.

Neste sentido, o método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica tanto com o cliente como com a família, conduzindo a uma planificação, execução e continuidade de cuidados de forma holística, tendo em conta as necessidades e as capacidades das pessoas, família e comunidade. O plano de cuidados e a avaliação das intervenções planificadas são realizadas no programa informático SAPE, utilizando a linguagem classificada CIPE (CHMT, 2013).

A organização física permite o correto armazenamento e circuito de materiais, diminuindo o risco de infeção associado aos cuidados de saúde. Algumas especificidades do serviço são uma mais-valia para o mesmo, nomeadamente a existência de duas salas de quimioterapia endovenosa, que permitem uma maior privacidade de cada um dos clientes, bem como a possibilidade de personalizar os cuidados dependendo da fase da doença em que se encontrem. Os citostáticos são preparados no segundo piso, onde existe uma câmara de fluxo laminar e são asseguradas todas as condições de segurança.

Desta forma, a prestação de cuidados assenta no cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental sendo de destacar, pelo atrás referido, o padrão de qualidade 1, satisfação do cliente, uma vez que pelo modelo teórico utilizado

⁵ Fórmula para cálculo do número de enfermeiros (EN) em hospital de dia é: $EN = (AT \times HCN / AT) / T$; AT=Número de sessões ao ano; HCN/AT=Número de horas de cuidados necessárias por sessão – segundo tabela III (1.21); T=número de horas de trabalho por enfermeiro por ano (1268 horas para Serviços de Psiquiatria e Oncologia) (Ministério da saúde, 2006).

a relação terapêutica estabelece-se através da confiança e empatia na interação com o cliente e é dada prioridade ao estabelecimento de parceria com o cliente e família no planeamento do seu processo de cuidados (OE, 2011a).

Uma vez que, a equipa de enfermagem não tem na sua constituição um EESM, foi prioritário o diagnóstico de situações, reais ou potenciais, de comprometimento da saúde mental, através de entrevistas não estruturadas e estruturadas ao cliente e família. A participação na construção de ambientes saudáveis e promotores de saúde mental, a identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e a promoção do potencial da saúde mental do cliente/família através da otimização das respostas humanas aos processos de stress, foi um fio condutor do ensino clínico (op. cit.).

De forma a promover ambiente saudáveis, foram realizadas intervenções socioterapêuticas como a musicoterapia, relaxamento por imaginação guiada e promoção das relações interpessoais entre clientes a realizar quimioterapia, recorrendo à terapia do humor e a jogos psicológicos, com o objetivo de minimizar o impacto psicológico e físico do procedimento técnico. Uma revisão em oncologia realizada por Joshua (2005, citado por Capela, 2011), indica que o humor em oncologia surge de duas formas, espontaneamente durante a conversa com os profissionais e o humor encontrado no próprio utente, fazendo com que ele veja o lado positivo do tratamento. O papel do humor do ponto de vista dos profissionais (médicos e enfermeiros), surge como parte do tratamento psicossocial do utente, podendo diminuir a dor e a ansiedade, normalizando as situações de stress. Percebe-se que “com respeito e sensibilidade, o humor é valioso e pode ser associado a outros cuidados médicos” (Penson, 2005, citado por Capela, 2011, p. 181).

Capela, refere ainda, que se devia incentivar a implementação de programas que recorrem a técnicas que estimulam o bom humor e o riso, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida e promover o bem-estar, sendo estes programas economicamente viáveis, dado que “o riso franco pode trazer benefícios, não tem custos, causa bem-estar a quem ri, influencia pessoa e ambiente” (2011, p.182).

De acordo com a Instituição para a Promoção Social e da Saúde (ARISCO) (2002), o jogo assume um papel fundamental na promoção da saúde mental, pelo fato de se criar um espaço universal, adaptável aos mais diversos grupos etários e a nível de

desenvolvimento pessoal. Segundo Manes (2003), os jogos psicológicos facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros. O recurso ao jogo constitui-se numa estratégia que permite a vivência prática nas mais variadas temáticas, deixando espaço para as interações e partilha entre os participantes.

Por fim, salienta-se o padrão de qualidade 7 - a relação psicoterapêutica. Dado a oncologia ser uma área desconhecida, houve a necessidade de desenvolver o autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeira, através de reflexões e momentos de partilha com a supervisora. Ao longo do ensino clínico foram desenvolvidas capacidades de gerir emoções, sentimentos, valores e atitudes, bem como desenvolver uma relação terapêutica a partir das necessidades manifestadas pela pessoa com doença oncológica e família, mobilizando abordagens adequadas à situação (OE, 2011a).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E NORMATIVA

Ao longo da prática especializada houve a necessidade de realizar uma pesquisa da literatura com o intuito de consultar um corpo de conhecimentos que fundamentasse a construção da minha identidade enquanto EESM. Neste sentido, foi realizado este capítulo com o objetivo de formalizar conceitos e teorias que nortearam o percurso de ensino clínico.

De acordo com George (1993, citado por Santos, Oliveira & Pagliuca, 2004), uma teoria é considerada um conjunto de conceitos interligados que proporcionam uma visão sistemática de um fenômeno, ou seja, uma forma metódica de olhar para o mundo, de o descrever, de o explicar, de o prever ou de o controlar. Uma das características mais relevantes de uma teoria é a sua utilização na prática profissional, uma vez que contribui para comunicação entre profissionais, clarificando as propostas de enfermagem, contribuindo, assim, para a formação da identidade profissional.

Após a revisão da literatura destacou-se a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau. Apesar de ter sido desenvolvida em meados do século XX, esta teoria de enfermagem toca em pontos essenciais para a prestação de cuidados em saúde mental, existindo características que são facilmente visíveis nas competências do EESM definidas no Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro.

A teoria de Peplau tem grande pertinência na área da Enfermagem de Saúde Mental, dado considerar o ser humano de forma holística e o enfermeiro necessitar de um conhecimento especializado para intervir junto do mesmo. O papel fundamental do enfermeiro é estabelecer o processo de comunicação e de relação terapêutica com o objetivo de cuidar do cliente, fazendo com que este perceba as suas dificuldades ou problemas e deseje permanecer saudável (Moraes, Lopes & Braga, 2006).

Apesar de ter sido proposta numa época em que a enfermagem tinha a sua prática voltada para o cuidado individual, Peplau, direciona na sua teoria, o trabalho para

tríades ou para o relacionamento com diversas pessoas, criando uma perspectiva diferente relativamente ao relacionamento interpessoal em enfermagem (op. cit.).

Para Peplau, na relação enfermeiro–cliente é estabelecida uma meta comum que proporciona o incentivo ao estabelecimento de um plano terapêutico, alicerçado no respeito mútuo vendo o outro como uma pessoa, aprendendo e crescendo, ambos, com o resultado da interação (Ri, Bispo & Santos, 2007). De facto, para Almeida, Lopes e Damasceno (2005) as metas a serem atingidas devem ser estabelecidas quer pelo enfermeiro como pelo cliente, pois caso os objetivos de ambos sejam distintos os resultados alcançados também o vão ser.

Para Ri et al. (2007), cada encontro planeado com o intuito de encontrar soluções para alcançar a meta definida, influencia o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro. Desta forma, o tipo de pessoa que o profissional passa a ser exerce uma influência direta na relação terapêutica interpessoal. Almeida et al. (2005), referem que Peplau introduz na sua teoria a noção de crescimento pessoal baseando-se na enfermagem psicodinâmica para descrever o relacionamento dinâmico entre enfermeira e cliente, em que este deve conseguir perceber os seus próprios sentimentos. Moraes et al. (2006), corroboram esta ideia referindo que o enfermeiro visa perceber as necessidades do cliente, identificando dificuldades e procurando ajudá-lo a superá-las.

A enfermagem psicodinâmica assenta em dois pressupostos: dá importância à postura adotada pela enfermeira, uma vez que pode interferir de forma direta no processo de cuidar; auxilia o desenvolvimento da personalidade e o amadurecimento orientado pela enfermeira exigindo o uso de princípios e métodos que facilitem e conduzam o processo de soluções dos problemas. Assim, o enfermeiro compreenderá a situação do cliente quanto maior o conhecimento das suas próprias funções (O'Toole & Welt, 1996 citado por Almeida et al., 2005).

Peplau (1993, citado por Moraes et al., 2006) definiu enfermagem como sendo um processo terapêutico e interpessoal pelo facto de envolver a interação entre duas ou mais pessoas, com metas comuns. É a relação entre uma pessoa que está doente ou a necessitar de cuidados de saúde e uma enfermeira com conhecimento para reconhecer e responder às necessidades de ajuda do cliente. É um processo interpessoal através do

qual, a enfermeira e o cliente podem alcançar o crescimento e o desenvolvimento pessoal (Peplau, 1990, citado por Almeida et al., 2005).

Moraes et al. (2006), referem ainda que, dado o foco da teoria de Peplau ser as relações interpessoais, fatores como a cultura, valores, crenças e expectativas do cliente devem ser tidas em consideração, tendo em vista a participação do mesmo como sujeito ativo no processo. A enfermagem deve ser percebida como uma força de amadurecimento e um instrumento educativo que tem como objetivo fomentar a evolução da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. O'Toole et al., (1996, citados por Almeida et al., 2005, p. 206) reforçam esta ideia referindo que o objetivo dos cuidados de enfermagem é “ajudar os indivíduos e comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva as suas vidas”. Ao introduzir nos objetivos dos cuidados de enfermagem as mudanças em âmbito comunitário, Peplau, demonstra que reconhece o papel da família, da sociedade, da cultura e do ambiente (ainda que seja o ambiente hospitalar) nas mudanças alcançadas.

O cliente é percebido como uma estrutura biológica, espiritual, social e psicológica única, que tem as suas particularidades e reage de forma singular. A saúde é entendida como uma qualidade dinâmica, que proporciona à pessoa a experiência de bem-estar físico e social, conferindo a esse indivíduo a oportunidade de viver bem e em harmonia com os que o rodeiam (Peplau, 1993, citado por Moraes et al., 2006).

Relativamente aos problemas de enfermagem, os autores supracitados referem que, são concebidos como sendo um fator que abala a estrutura biológica, psicológica, espiritual e social do cliente, sendo identificados os focos centrais das necessidades, frustração, conflito e ansiedade. O enfermeiro e o cliente passam a trabalhar com a finalidade de identificar o problema existente, visando a diminuição dos focos enumerados, prevenindo, deste modo problemas futuros. A intervenção de enfermagem realiza-se através da elaboração de um plano de cuidados individualizado visando a melhoria do estado de saúde do cliente, família e comunidade.

No processo relacional entre enfermeiro e cliente, Peplau enumera quatro fases interrelacionadas e indissociáveis de atuação no processo de enfermagem, que deverá ser educativo e terapêutico, que são: a orientação, identificação, exploração e resolução (Almeida et al., 2005). Cada fase é caracterizada por um conjunto de funções e papéis

desempenhadas pelo cliente e enfermeiro, em que ambos aprendem a trabalhar conjuntamente de forma a resolver as dificuldades (Moraes et al., 2006).

Na fase de orientação, a enfermeira identifica as necessidades do cliente que, durante a interação, vai dando pistas a respeito de como percebe a dificuldade que está a experimentar e oferece à enfermeira a oportunidade de reconhecer as suas carências de informação e compreensão sobre o problema. A tensão e a ansiedade apresentadas pelo cliente devem ser levadas em consideração (Peplau, 1990 citado por Almeida et al., 2005). Durante esta fase, as atitudes do cliente e do enfermeiro são influenciadas pela partilha de ajuda e os intervenientes nos processos interpessoais apresentam partes igualmente importantes na interação terapêutica (Peplau, 1993 citado por Moraes et al., 2006).

Na fase de identificação o enfermeiro deve direcionar as suas intervenções para o auxílio do cliente na aquisição de uma aprendizagem construtiva, focalizando-se nos elementos essenciais do problema, mediante os seus próprios esforços, desenvolvendo uma resposta independente da enfermeira (Peplau, 1990 citado por Almeida et al., 2005). Nesta fase, o cliente pode começar a ter a sensação de ser capaz de lidar com os seus problemas, diminuindo os sentimentos de desamparo, motivando-o a encarar as suas necessidades (Peplau, 1993 citado por Moraes et al., 2006).

A fase da exploração acontece após o cliente identificar a enfermeira como sendo aquela que reconhece e compreende as relações interpessoais da situação, explorando ao máximo todos os serviços que lhe são oferecidos com o intuito de obter todos os benefícios possíveis (Peplau, 1993 citado por Moraes et al., 2006).

A fase de resolução é caracterizada como um fenómeno psicológico em que o cliente abandona os laços criados com o enfermeiro e prepara-se para voltar para casa (Peplau, 1990 citado por Almeida et al., 2005). Neste sentido, deve haver uma libertação gradual da identidade criada com o enfermeiro e um fortalecimento da capacidade de agir por si mesmo. Nesta fase espera-se que as necessidades do cliente já tenham sido satisfeitas (Peplau, 1993 citado por Moraes et al., 2006).

Vários estudos demonstram a existência de semelhanças entre o processo de enfermagem e as fases interpessoais de Peplau, na medida em que ambos são sequências e colocam

ênfase na relação interpessoal enfermeiro-cliente, promovendo uma visão holística deste último, em que as experiências, expectativas, valores e crenças devem ser valorizadas (Almeida et al., 2005). Existem, também, estudos que demonstram a congruência existente entre as fases de desenvolvimento de um grupo e as fases do processo de enfermagem proposto por Peplau, sendo portanto a teoria aplicável ao trabalho com grupos (Moraes et al., 2006).

Para Santos et al. (2004), os resultados obtidos decorrentes da aplicação de uma teoria são influenciados pela qualidade relativa aos padrões profissionais do cuidado, resultados funcionais, satisfação do enfermeiro e qualidade dos cuidados percebidos pelo cliente. Peplau, na sua teoria, valoriza o enfermeiro seja por meio de si mesmo, como agente terapêutico na relação enfermeiro-cliente, ou como meio para alcançar as soluções para os problemas da pessoa. Segundo o Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro (p. 8669), o “EESM para além de mobilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades no âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”, com vista a estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, aumentando o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar soluções para os mesmos.

Neste sentido, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (op. cit., p. 8669).

Desta forma, o EESM, no desenvolvimento das suas competências específicas, tem como principal objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção da pessoa doente, promovendo a recuperação e a qualidade de vida de toda a família (op. cit.).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de competências comuns demonstradas através da sua capacidade de conceção, de gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Abrangendo, na prestação de cuidados, as dimensões da educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a

responsabilidades de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita evoluir e melhorar a prática de enfermagem (Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro).

As competências comuns inserem-se em quatro domínios que são: domínio A, a responsabilidade profissional, ética e legal; domínio B, melhoria contínua da qualidade; domínio C, gestão dos cuidados; domínio D, desenvolvimento das aprendizagens profissionais (op. cit.).

3. INCIDENTES CRÍTICOS

O exercício profissional de enfermagem têm como objetivo ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde, no sentido de conseguir atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rápido possível. Assim, é fundamental o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao cliente/família/comunidade, bem como na prestação de cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria (Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de Setembro).

Neste sentido, será realizada uma análise fundamentada e crítica acerca dos incidentes críticos mais marcantes, decorridos em contexto de prática de cuidados especializados, realizando um balanço de todo o processo de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESM.

A metodologia, selecionada, com o objetivo de sistematizar e dar visibilidade à prática especializada foi a Técnica de Incidentes Críticos (TIC).

Flanagan (1973, citado por Valsecchi & Nogueira, 2002, p. 821), define esta técnica como:

“um conjunto de procedimentos para coleta de informações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando, também, procedimentos para a coleta de incidentes observados, que apresentam significação especial, e para o encontro de critérios sistematicamente definidos”.

Valsecchi e Coimbra (2013), corroboram esta ideia referindo que, desta forma em vez de se recolher opiniões e estimativas, elabora-se um registo de comportamentos específicos e análises, sendo possível formular a exigência crítica para uma atividade.

De acordo com Flanagan (1973, citado por Valsecchi & Nogueira, 2002, p. 821) um incidente consiste em:

“qualquer atividade humana observável que seja completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato. Para ser crítico, um incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador, onde as suas consequências sejam suficientemente definidas para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos”.

A TIC utilizada em enfermagem permite identificar a perspectiva dos clientes, profissionais, familiares e estudantes acerca das situações significativas que envolvem a prestação de cuidados, permitindo captar fatores culturais, valores, experiências, sentimentos, emoções dos intervenientes na situação que deu origem a um determinado comportamento e uma consequência, sendo estes três componentes considerados fundamentais para a caracterização de um incidente crítico. Esta técnica, na área da saúde, indaga situações comportamentais, tais como erros existente na prestação de cuidados, avaliação de competências para executar uma atividade e indicadores de qualidade na área da gestão. Tem como principal objetivo o planeamento e reestruturação de ações com vista à melhoria da qualidade dos cuidados (Ribeiro, Souza, Barreto, Neves & Barbosa, 2012).

3.1. TREINO COMPETÊNCIAS DE PARENTALIDADE POSITIVA

Segundo a DSM IV – TR (American Psychiatric Association, 2002), o diagnóstico de esquizofrenia é realizado com base num conjunto de sintomas característicos (dois ou mais dos seguintes: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento completamente desorganizado ou catatónico e sintomas negativos⁶), que estejam presentes por um período de tempo de 1 mês (ou por um tempo menor, se tratado com sucesso), com a persistência de alguns sintomas pelo menos 6 meses.

⁶ Segundo a DSM IV – TR (2002) são: embotamento afetivo, alolia, avolição e anedonia.

Para Giacon e Galera (2005) a intervenção adequada com pessoas com esquizofrenia, envolve o tratamento farmacológico, psicossocial⁷ e a inclusão da família. Carvalho (2012), corrobora esta ideia referindo que o conhecimento das características da família é essencial para a elaboração de um plano de cuidados adequado, visto cada uma possuir especificidades e singularidades, pelo que as intervenções devem ter em conta o desenvolvimento da família, a idade dos filhos, o estado do cliente e evolução da doença.

A intervenção familiar do tipo sistémico⁸ é a mais recomendada, uma vez que promove a educação sobre a doença, os sintomas, os episódios psicóticos, formas de tratamento e limitações, além de ajudar a família a enfrentar melhor o impacto da doença, promovendo também a redução do estigma (Giocono et al., 2005).

Na intervenção a uma pessoa com esquizofrenia paranoide e sua família foram utilizadas intervenções psicoeducacionais e psicossociais.

Durante a prática especializada, aquando da realização de uma consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, foi pedido, pela família da pessoa com doença mental, ajuda á equipa de enfermagem, no sentido de intervir a nível familiar. Esta necessidade adveio do facto de ter sido reinserida uma criança de 12 meses no seio familiar, conduzindo a situações de stress, alteração da dinâmica e comunicação familiar e dificuldade de adaptação a esta situação. De forma a perceber-se melhor a situação, foi convocada uma reunião familiar, onde estiveram presentes a cliente e o seu pai.

A cliente, uma mulher de 28 anos, com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, seguida em consulta de psiquiatria e com vários internamentos devido, em especial, à fraca adesão terapêutica, apresentando no domicílio heteroagressividade verbal e física, comportamentos promíscuos e consumo abusivo de álcool e haxixe, tinha sido mãe há cerca de 1 ano e o bebé foi para uma instituição. No entanto, a pedido do pai da cliente, com 74 anos, a criança foi novamente entregue à família. Após a reunião familiar, verificou-se que existiam grandes dificuldades na interação/comunicação familiar

⁷ A intervenção psicossocial consiste no tratamento do cliente, envolvendo-o em atividades sociais e ocupacionais, com o objetivo de diminuir o estigma da doença mental perante a sociedade (Giocono & Galera, 2005).

⁸ Terapia familiar sistémica centra a sua intervenção na família enquanto sistema, ou seja, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações que constituem vários sub-sistemas familiares, em constante relação com o meio exterior, suprassistema. As fronteiras entre esses sistemas são definidas arbitrariamente, ajudando a estabelecer o que está dentro e fora do sistema familiar exigindo um reajustar flexível das regras que regulam o seu funcionamento. Ajudam, também a perceber quais os subsistemas e suprassistemas que são importantes para o sistema familiar num dado momento (Sampaio, 1984; Galera & Luís, 2002).

devido à baixa tolerância existente entre os elementos da família e à falta de conhecimentos que apresentavam face à doença da cliente. Verificou-se, ainda, que a parentalidade estava comprometida, não havendo um ambiente saudável para o adequado desenvolvimento da criança.

De acordo com Lehtinem (2008), alguns dos fatores cruciais para um bom desenvolvimento psicológico da criança antes da idade escolar são o ambiente familiar e da habitação, o relacionamento entre pais, a qualidade do papel parental e o vínculo estabelecido entre a criança e a figura materna. Neste sentido, o mesmo autor considera pertinente que as atividades desenvolvidas para melhorar a saúde mental da criança na primeira infância, sejam dirigidas a toda a família dando especial atenção a pais e famílias em que existe um risco acrescido para o desenvolvimento da criança. Estas situações incluem famílias monoparentais, pais muito jovens ou com distúrbios mentais e do comportamento.

Face ao exposto, elaborou-se um plano de 4 sessões de treino de competências de parentalidade positiva em que se abordaram os seguintes temas: fase de desenvolvimento da criança (com 12 meses), de forma ajustar os cuidados que deveriam ser prestados à mesma; necessidades ao nível do banho e higiene oral; estimulação infantil; comunicação/choro e segurança/acidentes (planos em ANEXO I). De acordo com o Conselho da Europa (2006), parentalidade positiva é definida como um:

“comportamento parental baseado no melhor interesse da criança e que assegura a satisfação das principais necessidades das crianças e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica a fixação de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento” .

Durante o desenvolvimento da intervenção treino de competências de parentalidade positiva, houve sempre a preocupação de envolver a família nas sessões com o objetivo promover a capacitação sobre a doença da cliente, sintomas e a necessidade de adesão ao regime terapêutico, com o intuito de haver uma maior compreensão relativamente aos comportamentos desadequados da cliente. Tal condição serviu para promover um ambiente familiar terapêutico, gerador de segurança e proteção.

Segundo Loureiro e Miranda (2010), a capacitação das famílias é uma estratégia de promoção de saúde mental, usada para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais de forma a produzir mudanças positivas, fortalecendo as capacidades de resolução de problemas com efetividade. Para Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correia e Fadden (2006), a família tem um papel significativo no tratamento da doença mental, visto que a adesão terapêutica do cliente e o cumprimento do esquema terapêutico são fundamentais.

Neste sentido, foram especialmente utilizadas intervenções psicoeducativas nas sessões, que de acordo com Pereira et al. (2006, p. 2), consistem num conjunto de abordagens norteadas por dois vetores que são:

“ajudar os doentes e seus familiares a aprender o precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar o suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado”.

Para Santana (2011), a psicoeducação desenvolvida com pessoas com doença mental, com o objetivo de educar partindo de uma perspectiva psicossocial tem mostrado consequências benéficas, como a diminuição de recaídas e internamentos, melhorando o funcionamento psicossocial do cliente e o bem-estar geral da família. A autora considera, ainda, que promover a capacitação sobre a doença e a sociedade auxiliam no aumento do autoconhecimento, por parte da pessoa com doença mental, promovendo a autonomia e a responsabilidade na tomada de decisão, dando a noção de liberdade de escolha do próprio caminho, levando-a a pensar nos seus limites e potencialidades. Assim, a psicoeducação traça um caminho que se inicia no conhecimento e termina no autoconhecimento visando a reabilitação psicossocial e o bem-estar geral nas vivências futuras (op. cit.).

Desta forma, o treino de competências de parentalidade positiva foi sempre norteadado pelo código deontológico, que de acordo com a Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade quer do cliente quer do enfermeiro, devendo a relação profissional assentar nos valores universais da igualdade; da liberdade responsável, com a capacidade de

escolha, tendo em atenção o bem comum; da verdade e da justiça; do altruísmo e da solidariedade; da competência e do aperfeiçoamento profissional. A mesma lei refere, ainda, que os princípios orientadores do exercício profissional do enfermeiro são: a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício profissional em geral e na relação com outros profissionais.

QUADRO 1 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem no pré e pós-intervenção.

Diagnósticos pré-intervenção	Diagnósticos pós-intervenção
Não adesão ao regime medicamentoso	Adesão ao regime medicamentoso
Conhecimento sobre a doença, não demonstrado	Conhecimento sobre doença demonstrado
Parentalidade Comprometida	Parentalidade Efetiva
Comunicação Familiar Comprometida	Comunicação Familiar Efetiva

QUADRO 2 – Competências comuns e especializadas do EESM adquiridas com a realização da intervenção treino de parentalidade positiva.

Competências comuns (Regulamento 122/2011)	Competências específicas EESM (Regulamento 129/2011)
A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	F2.1 – Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.
A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	F2.2 – Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.
B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	F3.3 – Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

	F3.5 – Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos resultados apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.
	F4.1 – Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.
	F4.3 – Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

3.2. SAÚDE MENTAL E A ONCOLOGIA

O impacto da doença oncológica não afeta apenas a pessoa doente, mas estende-se a toda a família, impondo mudanças, exigindo a reorganização da dinâmica familiar, significando muitas vezes mudanças radicais nos seus elementos, e em algumas situações alteração dos seus papéis, quer familiares quer sociais, de forma a incorporar nas atividades do quotidiano os cuidados e os tratamentos ao cliente que a doença exige (Carvalho, 2008).

O indivíduo como ser holístico constitui-se como uma unidade única, reagindo às situações de vida de uma forma, também ela, idiossincrática. Desta forma, a reação a uma situação de doença é o resultado de várias experiências que constituem a história pessoal de cada um, mas também de vários fatores como a personalidade, a fase do ciclo vital em que o indivíduo se encontra, as expectativas criadas em relação ao futuro e a representação da doença (Soares, citado por Guerra & Lima, 2005).

Da mesma forma, Carvalho (2008), refere que a reação da família à doença oncológica precisa de ser compreendida tendo em consideração as condições emocionais,

socioeconómicas e culturais, uma vez que é nesse contexto que emerge a doença e é com essa estrutura sociofamiliar que se vai responder às situações de doença.

A doença oncológica acarreta em si um estigma muito presente, o cancro é considerado pela sociedade como uma das piores doenças, extremamente temida, com uma conotação de risco eminente de morte, pavor de tratamentos agressivos e mutilantes. Neste sentido, vivenciar o processo de doença pode significar privação da sociabilidade quotidiana, isolamento, interrupção do percurso normal da vida tanto para a pessoa doente como para a sua família (op. cit.).

Para Carvalho (2008), a existência de doença na família mobiliza sentimentos positivos e negativos que precisam da intervenção dos profissionais de saúde de forma a serem compreendidos.

Intervenção a uma familiar de uma pessoa com doença oncológica

De forma a realizar um adequado levantamento dos focos de enfermagem, bem como uma correta avaliação das intervenções executadas utilizamos os instrumentos de avaliação EADS – 21 (ANEXO II), o MHI – 5 (ANEXO III) e a escala de APGAR familiar (ANEXO IV), de forma a perceber aspetos pessoais e familiar. Estes instrumentos foram aplicados no início e no fim das 3 sessões planeadas (planos em ANEXO V).

De acordo com País-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), a ansiedade e a depressão são nitidamente diferentes da perspetiva fenomenológica, no entanto empiricamente tem sido difícil separar os dois conceitos. Assim, a escala de EADS⁹ tem como objetivo avaliar empiricamente a ansiedade, depressão e stress através do modelo tripartido.

O modelo tripartido considera que os sintomas da ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. A primeira estrutura designada por distress ou afeto negativo, engloba sintomas inespecíficos, que são vivenciados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos, e incluem, ainda, humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Para além deste fator inespecífico, a tensão somática e a hiperatividade são sintomas específicos da estrutura

⁹ A versão original desta escala apresentava 42 itens, porém foi apresentada uma versão reduzida de 21 itens, uma vez que as versões reduzidas são mais úteis em psicologia da saúde visto as populações alvo estarem fragilizadas e a avaliação puder constituir uma sobrecarga (País-Ribeiro et. al., 2004).

ansiedade, a anedonia e a ausência de afeto caraterísticos da depressão (Watson et al., 1995 citado por País-Ribeiro, et al., 2004).

Um estudo fatorial da escala EADS apresentou um novo fator que englobava os itens menos discriminativos que as duas dimensões acima referidas. Os itens dificuldade de relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação foram designados de stress (País-Ribeiro et al., 2004).

Os autores acima referidos, consideram que as perturbações psicológicas são dimensões e não categorias, ou seja as diferenças entre ansiedade, depressão e stress, vivenciadas tanto por pessoas normais como por pessoas com perturbações, são basicamente diferentes em grau, sendo proposta uma classificação dimensional de cinco posições entre o normal e muito grave.

Neste sentido, a escala de EADS¹⁰ caracteriza a dimensão da depressão pela perda de autoestima e de motivação, estando associada à percepção de baixa probabilidade de alcançar os objetivos de vida significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A dimensão da ansiedade evidencia a ligação entre o estado persistente de ansiedade e resposta intensa de medo. Por fim, a dimensão stress sugere estados de excitação e tensão duradouros, com baixo nível de tolerância à frustração. Cada uma destas dimensões constitui uma sub-escala da escala de EADS (op. cit.).

No entanto, para País-Ribeiro (2011), a ansiedade e a depressão são características de grande parte das doenças mentais, contudo a saúde mental não se esgota nestes sintomas. Neste sentido, a identificação de constituintes de saúde mental, enquanto componentes e descritores da mesma, é vantajoso em todos os contextos não só em contexto de psicopatologia.

Neste contexto, o mesmo autor refere que o MHI é um instrumento desenvolvido para se aplicar à população em geral, com os objetivos de identificar os aspetos negativos e positivos da saúde mental, diferenciar indivíduos com mais e menos saúde mental e fornecer indicações para rastreio de doença mental.

¹⁰ Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens, sendo fornecidas três notas por cada subescala em que o valor mínimo é 0 e o valor máximo é 21. Os valores mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos (País-Ribeiro et al., 2004).

O MHI é constituído por 38 itens, sendo desenvolvida uma versão reduzida com 5 itens, MHI -5¹¹, muito utilizada em questionários de avaliação de qualidade de vida e rastreio de distresse psicológico. O MHI – 5 é constituído pelos itens, 11, 17, 19, 27 e 34, sendo que o item 11 avalia a ansiedade, o item 17 e 34 avaliam o afeto positivo, o item 19 avalia a depressão e o item 27 avalia a perda de controlo emocional e comportamental (op. cit.).

Como referimos anteriormente, a situação de doença afeta a dinâmica familiar, colocando em causa a sua funcionalidade. De acordo com a CIPE versão 2, família disfuncional é aquela que é incapaz de processar as suas tarefas e funções, e cujo papel se encontra alterado; não constrói objetivos; é indiferente à mudança; não possui a capacidade de reconhecer a necessidade de ajuda e de lidar com tensões, stress e crise; negligencia a habitação; apresenta falta de confiança nas outras pessoas e falta do sentimento de esperança (OE, 2011b).

A escala de APGAR¹² familiar tem como objetivo quantificar a perceção que o individuo tem do funcionamento familiar, assim como elucidar sobre o tipo de relação/integração que ele tem com os membros da sua família (Andrade & Martins, 2011; Capelo, 2001).

A escala de APGAR familiar permite caraterizar os constituintes fundamentais da função familiar que são: adaptação intrafamiliar, indicando os recursos dentro e fora da família para a resolução de problema; Participação e comunicação, verificando a partilha da tomada de decisão e da responsabilidade dos outros membros; Crescimento e desenvolvimento, compreendendo a maturidade física, psíquica, emocional e de realização alcançada pelos elementos da família; Afeto, apurando a existência de relações de cuidado ou ternura entre os elementos da família; Resolução/dedicação ou decisão, refletindo o compromisso tomado de dedicar tempo aos outros elementos da família, implicando a partilha de bens e espaço (Andrade et al., 2011).

Face ao exposto, as intervenções delineadas para o plano de cuidados foram de âmbito psicoterapêutico. Segundo Leal (2000), a psicoterapia de apoio é um trabalho de relação

¹¹ Interpretação dos resultados: o ponto de corte é de 52 pontos para a existência de sintomas graves e de 60 pontos para a existência de sintomas moderados (País-Ribeiro, 2011).

¹² Cada questão permite três tipos de resposta: “Quase sempre”, “Algumas vezes” e “Quase nunca”, sendo as cotações de 2,1 e 0 pontos respetivamente. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações de cada questão variando entre 0 e 10 pontos. Interpretação dos resultados: 7 a 10 pontos – família altamente funcional; 4 a 6 pontos – família com disfunção leve; 0 a 3 pontos: família com disfunção severa (Andrade et al., 2011).

homem a homem, em que o psicoterapeuta empenha a sua personalidade e o seu saber, despoletando no doente a confiança e receptividade. Desta forma, abandona-se a ideia de relação direta com a doença mental, sendo a psicoterapia vista como coadjuvante no tratamento de diversas perturbações e a tónica passa a ser colocada sobre as perturbações fisiológicas e afetivas.

A psicoterapia é marcada pela atitude do terapeuta, podendo ser definida como escuta atenta, profunda e neutra do discurso da pessoa. Esta escuta tem como objetivo conduzir a pessoa à elucidação e à tomada de consciência da sua responsabilidade na história de vida pessoal. Desta forma, o sintoma aparece como uma posição de retirada ou fuga (op. cit).

O principal objetivo da psicoterapia de apoio é, essencialmente, manter ou restabelecer o funcionamento prévio da pessoa, recorrendo ao “reforço de mecanismos de defesa adaptativos; o afastamento de pressões ambientais demasiado intensas; a adoção de medidas que visam o alívio de sintomas” (Cordioli, Wagner & Cechin, 1993, citados por Leal, 2000, p. 137).

Neste sentido, a psicoterapia de apoio tem como objetivo:

“promover o crescimento emocional, estimulando ativamente a ultrapassagem das etapas evolutivas; a aquisição de maturidade emocional mediante a promoção de autonomia, a consolidação de uma identidade própria, o estabelecimento de uma auto-imagem estável e integrada do self e a melhoria da capacidade de julgamento da realidade” (Cordioli et al., 1993, citados por Leal, 2000, p. 137).

Na planificação das sessões foi-se beber a vários autores, em particular ao modelo teórico de enfermagem *tidal model* e à teoria cognitiva. Segundo Barker (2001), o *tidal model*, ou modelo das marés, é uma filosofia de abordagem de descoberta da saúde mental que coloca a tónica em ajudar a pessoa a revelar o significado das experiências pessoais, utilizando a sua própria linguagem, metáforas e história pessoal. Este modelo utiliza a metáfora da água para descrever como as pessoas submetidas a um situação de stress podem tornar-se emocional, física e espiritualmente náufragos. A experiência de saúde e doença é vista, então, como um fluido, em vez de um fenómeno estável, e a vida é vista como uma viagem delineada num oceano de experiências (Tidal-model, 2014).

A teoria sugere que o bem-estar mental depende da experiência de vida, individual, de cada pessoa, incluindo o senso de auto-percepção, pensamentos e ações. Neste contexto, a pessoa é representada por três domínios pessoais: Auto, Mundo e Outros (Currentnursing, 2014).

O domínio Auto é considerado o lugar privado onde a pessoa vive, onde experiencia pensamentos, sentimentos, crenças, valores e ideias que são apenas conhecidos pela própria. Neste domínio torna-se foco dos nossos cuidados ajudar a pessoa a sentir-se mais segura, começando a lidar com os seus medos, ansiedades e ameaças à estabilidade emocional, que são inerentes a problemas de vida específicos. O terapeuta tem como principal foco desenvolver uma “relação ponte”, com o objetivo da pessoa criar um plano de segurança pessoal, sendo esta a base de um programa de autoajuda, que irá manter a pessoa no retorno ao seu quotidiano (Tidal-model, 2014).

O domínio Mundo é o lugar onde a pessoa partilha algumas das experiências do domínio Auto. Este domínio torna-se foco dos nossos cuidados para ajudar o terapeuta a compreender a pessoa e os seus problemas de vida, percebendo-a de uma forma holística. Assim, o terapeuta ajuda a pessoa a identificar e resolver problemas específicos de vida (op. cit.).

O domínio Outros é o lugar da onde a pessoa interage com outras pessoas, envolvendo-se em diferentes encontros interpessoais, podendo ser ou influenciar os outros. O terapeuta faz parte deste domínio (op. cit.).

Face ao exposto, este modelo tem como objetivo capacitar as pessoas com estratégias para recuperar o controlo da sua vida com base nos três domínios supracitados (Tidal-model, 2014).

Relativamente à terapia cognitiva foi originalmente desenvolvida para ser utilizada na depressão, tendo atualmente um leque mais variado sendo utilizada como tratamento complementar para outros tipos de perturbações emocionais, nomeadamente na perturbação da ansiedade generalizada, problemas de casais, perturbação da pânico, entre outros (Sadock & Sadock, 2007, citados por Beck & Knapp, 2008).

Segundo Beck (1995, citado por Townsend, 2011), a terapia cognitiva deve ser adaptada a cada indivíduo, existindo, no entanto, vários princípios que estão subjacentes a todos

os indivíduos. De acordo com a teoria cognitiva o terapeuta deve valorizar o presente, uma vez que é mais benéfico para o cliente começar por resolver problemas atuais levando a uma redução dos sintomas. A terapia cognitiva é educativa, tendo como objetivo ensinar o cliente a ser o seu próprio terapeuta, levando a perceber a etiologia e o curso da perturbação, enfatizando a prevenção de recaídas. Bem como, ensina as pessoas a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.

Uma ferramenta importante utilizada nas sessões foram os jogos psicológicos, em particular a estrada da vida que, de acordo com Manes (2003), são utilizados como métodos projetivos para ajudar a pessoa a tomar consciência das suas recordações, sentimentos, desejos, ideias e esperanças.

QUADRO 3 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem no pré e pós-intervenção.

Diagnósticos pré-intervenção	Diagnósticos pós-intervenção
Tristeza (MHI – 5: 28 pontos)	Tristeza ausente (MHI – 5:84 pontos)
Bem-estar psicológico comprometido (MHI – 5: 28 pontos)	Bem-estar psicológico (MHI – 5: 84 pontos)
Ansiedade (EADS- 21: 8 pontos)	Ansiedade ausente (EADS- 21: 0 pontos)
Depressão (EADS- 21: 21 pontos)	Depressão ausente (EADS- 21: 0 pontos)
Stress (EADS- 21: 8 pontos)	Stress ausente (EADS- 21: 0 pontos)
Processo familiar comprometido (APGAR familiar: 4, família com disfunção leve)	Processo familiar efetivo (APGAR familiar: 10, família altamente funcional)
Comunicação Familiar Comprometida	Comunicação Familiar Efetiva

QUADRO 4 – Competências comuns e especializadas do EESM adquiridas com a realização do estudo de caso.

Competências comuns (Regulamento 122/2011)	Competências específicas EESM (Regulamento 129/2011)
B2.1 – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultados.	F1.1 – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas,

	socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.
D1.1 – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	F3.1 – Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.
D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	F3.2 – Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.
	F3.4 – Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

4.3. PENSAR POSITIVO

A doença oncológica é muitas vezes acompanhada de grande sofrimento mental que atinge o doente (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Para Teixeira e Pereira (2009), todas as pessoas com doença oncológica reagem de forma diferente ao diagnóstico da doença, sendo as respostas emocionais mais comuns a ansiedade e a depressão, levando muitas vezes à expressão de sentimentos de medo, raiva, revolta, desesperança, culpa e ideação suicida. Os mesmos autores referem, ainda, que estas respostas emocionais são maioritariamente acompanhadas de sintomas físicos como a fadiga, perturbações do sono, sexuais e alimentares.

O diagnóstico de doença oncológica está, ainda, muito associado a uma evolução fatal, incerteza em relação ao futuro, sofrimento e dor física, dependência de terceiros, perda de controlo sobre os acontecimentos, recidivas da doença e problemas de separação e morte, bem como, tratamentos que provocam efeitos secundários e intenso sofrimento mental, sendo estes alguns dos aspetos que provocam maior impacto psicológico no doente (Cardoso et al., 2009).

A vulnerabilidade psicossocial à doença é específica para cada pessoa depende, para além do contexto em que ela ocorre, do significado pessoal atribuído à mesma. Assim, existe a necessidade de construir um plano terapêutico global que incorpore os cuidados

somáticos e os cuidados psicológicos/psiquiátricos em todos os estadios da doença (op. cit.).

Uma das temáticas mais importantes para as pessoas com doença oncológica é a comunicação com os elementos do seu contexto social, familiar ou laboral acerca da doença e dos tratamentos. Muitas vezes os sentimentos de serem estigmatizados pela doença, ou o medo de provocarem sofrimento nos outros, faz com que se afastem e falem menos abertamente da sua patologia. Desta forma, o afastamento pode prejudicar a adaptação psicológica à doença aumentando o isolamento (op. cit.).

No sentido de responder de forma correta e eficaz às reações psicológicas que experienciam as pessoas com doença oncológica é importante seguir uma matriz teórica que seja capaz de interrelacionar os fatores biomédicos, psicológicos e sociais associados ao surgimento e evolução da doença (Teixeira et al., 2009).

Desta forma, as características pessoais, as atitudes e os conhecimentos dos cuidadores, bem como, os local onde os cuidados são ministrados podem influenciar positiva ou negativamente o estado mental da pessoa (Cardoso et al., 2009).

Segundo os mesmos autores, a promoção da saúde em pessoas com doença oncológica tem como principais objetivos possibilitar ao cliente uma boa qualidade de vida¹³ e bem-estar¹⁴ psicológico, ou seja, as intervenções que se realizam durante a evolução da doença são variadas e tem o intuito de ajudar o cliente a enfrentar a angústia do diagnóstico, os efeitos do tratamento, reduzir a ansiedade, a incerteza, o isolamento, a indefesa e promover uma atitude participativa na recuperação, clarificando perceções e informações.

Para Forester, Kornfeld, Fleiss e Thompson (1993, citado por Teixeira et al., 2009), a terapia de grupo pode aumentar a qualidade de vida das pessoas com doença oncológica durante os tratamentos, visto estes clientes necessitarem de partilhar experiências emocionais e sentimentos com outros clientes. McIntyre, Fernandes e Pereira (2002, citado por Teixeira et al., 2009), corroboram esta ideia referindo que, as intervenções

¹³ De acordo com a OMS (1995, citado por Almeida, Gutierrez & Marques, 2012), qualidade de vida é a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

¹⁴ De acordo com a CIPE 2, bem-estar significa: “imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência” (OE,2011b, p. 41).

psicológicas de suporte psicossocial, baseadas no diálogo com pares e partilha de informação, em contexto grupal proporcionam aos seus elementos encorajamento e suporte mútuo nas dificuldades provocadas pela doença.

A progressiva abordagem global da saúde mental passa pelo investimento em estratégias que visam o desenvolvimento de competências sociais e pessoais. A OMS define como competências fundamentais à manutenção da saúde mental a capacidade de gerir emoções, ter consciência de si, a habilidade nas relações interpessoais, a capacidade de comunicação, de resolução de problemas, de tomar decisões, o desenvolvimento de pensamento crítico e criativo, a capacidade de empatia com o outro e a capacidade de gerir o stress (ARISCO, 2002).

Para Teixeira et al. (2009), a expressão emocional tem um elevado efeito terapêutico, isto é, a expressão de emoções negativas pode auxiliar a pessoa a gerir emoções intensas e desagradáveis. Os mesmos autores referem, ainda, que a “supressão emocional é contra produtiva, conduzindo a um maior número de perturbações do humor” (p. 256). Para Cardoso et al. (2009), os clientes que utilizam estratégias de adaptação focalizadas no problema e que procuram apoio psicossocial, mantêm uma autoestima elevada, melhor qualidade de vida e melhor adaptação á doença.

Para Joyce-Moniz (2010), a sistematização de pensamentos positivos no quotidiano constitui uma estratégia generalizada nos modelos de psicoterapia cognitiva para adultos no tratamento de distúrbios de depressão e de ansiedade.

A procura da positividade varia culturalmente e à semelhança da felicidade tem favorecido a evolução da condição humana, constituindo um alvo clínico de forma explícita ou implícita. Várias metodologias referem que a positividade na vida pessoal e relacional é sugerida de várias formas que vão da distração de uma dor física à integração do conhecimento omnisciente. Genericamente o pensamento positivo, enquanto metodologia central, pode ser convertido num modo de vida, envolvendo a totalidade psíquica da pessoa, impondo e direcionando pensamentos, emoções e comportamentos agradáveis ou positivos (op. cit.).

O riso¹⁵ e o humor¹⁶ podem ter uma influência positiva no combate a algumas doenças, beneficiando o organismo diminuindo as situações de stress (Capela, 2011). De facto, Berk (1988, citado por Capela 2011), refere que o riso estimula a produção de endorfinas que diminui ou previne a dor, diminui a pressão arterial, diminui as doenças cardíacas, diminui a produção de hormonas de stress e conseqüentemente o stress. Terapias com humor demonstraram aumentar a tolerância à dor, sendo um eficaz mecanismo usado para a diminuição do medo, ansiedade, stress psicológico, melhorando a capacidade de lutar contra doenças (Weisenberg, 1995; Berk, 2001; Kuiper, 2004; Wooten, 2005; citados por Capela, 2011).

Efetivamente, para José (2002), o humor aparece como uma via de comunicação muito variada que permite à pessoa enfrentar uma multiplicidade de situações, estando muitas vezes associado à tolerância, sinceridade, criatividade e sabedoria. A crença de que sentimentos positivos como o amor, a esperança, a fé, o riso e a confiança têm um efeito saudável no bem-estar das pessoas é corroborada por Cousins (1983, citado por José, 2008), ao referir que o riso e outras emoções positivas não substituem a medicina tradicional, contudo, complementam-na uma vez que mobilizam os recursos do corpo que o liberta dos efeitos constritivos das emoções negativas.

Num estudo realizado por Takahashi, (2001, citado por Capela 2011), observou-se efeitos do riso e do bom humor no aumento de células tipo “*natural Killer*”, importantes na defesa contra tumores, bem como o aumento da atividade destes componentes em detrimento de estados depressivos que enfraqueciam esse aspeto da defesa orgânica.

Segundo José (2008), em pessoas em crise o humor pode fortalecer a auto estima, ajudando a lidar com desilusões, perdas, tristezas e sentimentos de culpa. Neste sentido, a utilização do humor ao nível psicológico é muito vantajosa, visto diminuir a distância social e promover o relacionamento entre pessoas (José, 2002). Para Snyder (1985, citado por José, 2008), o humor utilizado de forma habilidosa, promove um ambiente de relaxamento, estimula a comunicação em áreas sensíveis e ajuda a ultrapassar estilos sociais rígidos e formais.

¹⁵ Segundo José (2008), o riso é o resultado de uma reação fisiológica a alguma coisa que a pessoa considera engraçado. O riso constitui um fenómeno biológico, significando que o ser humano tanto tem a habilidade para rir como para chorar.

¹⁶ O humor é todo o tipo de comunicação que é percebido por ambas as partes envolvidas de forma humorística e que conduz ao riso, ao sorriso ou a um sentimento de diversão (Vera Robinson, 1991, citado por José 2008). O humor é uma experiência cognitiva que produz uma resposta fisiológica que pode ser o riso (José, 2008).

Para Capela (2011), devia-se incentivar a implantação de programas que recorrem a técnicas que estimulam o bom humor e o riso, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida e promover o bem-estar, sendo estes programas economicamente viáveis “o riso franco pode trazer benefícios, não tem custos, causa bem-estar a quem ri, influencia pessoa e ambiente” (op. cit., p. 182).

Face ao exposto, durante a prática especializada realizou-se a intervenção “pensar positivo”, com as pessoas que se encontravam a realizar quimioterapia. Foi utilizada como ferramenta de trabalho o jogo psicológico “saco dos sentimentos positivos” adaptado do jogo psicológico “Baralhões” (ARISCO, 2002). Foi, também, promovida a partilha de experiências, sentimentos, pensamentos e momentos que tivessem marcado, de forma positiva as pessoas com doença oncológica durante o processo de doença.

É de realçar que foram realizadas duas questões abertas, ”gostava de realizar uma sessão sobre pensar positivo com vocês, sentem-se confortáveis que seja em grupo?”, “gostava da vossa colaboração, no sentido de partilharem 1 ou 2 sentimentos sobre como se sentem agora”, no início das sessões, com o objetivo de apurar os focos de enfermagem. No final das sessões foram novamente aplicadas as questões alusivas aos sentimentos para avaliar o status dos focos em questão.

De acordo com ARISCO (2002), o jogo assume um papel fundamental na promoção da saúde mental, pelo fato de se criar um espaço universal, adaptável aos mais diversos grupos etários e a nível de desenvolvimento pessoal. Segundo Manes (2003), os jogos psicológicos facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros. O recurso ao jogo constitui-se numa estratégia que permite a vivência prática nas mais variadas temáticas, deixando espaço para as interações e partilha entre os participantes.

Como já foi referido anteriormente, as respostas emocionais vivenciadas pelas pessoas com doença oncológica, em particular a ansiedade, são muitas vezes acompanhadas de sintomas físicos como a rigidez muscular, tensão muscular e dor intensa. No sentido de dar resposta a estes focos de enfermagem e, após uma pesquisa pela literatura, foi aplicado, no fim de cada intervenção, sessões de relaxamento recorrendo à técnica de imaginação guiada.

De acordo com Gordon (2008, citado por Nicolussi, 2012) o relaxamento tem grandes resultados em doentes oncológicos nomeadamente na diminuição do stress, aumento do funcionamento do sistema imunológico, diminuição da dor, diminuição dos efeitos secundários da quimioterapia e melhora e humor e as emoções. A prática contínua desta técnica leva a efeitos duradouros.

Segundo Villemure e Bushnell (2002, citado por Kwekkeboom, Kneip & Pearson, 2003), a imaginação guiada é uma técnica cognitivo-comportamental que consiste em criar imagens mentais agradáveis possibilitando ao cliente gerir os seus sentimentos alterando a perceção da dor, distração do foco de dor e produzindo um estado de relaxamento que influencia o seu humor e o seu estado emocional. Para o mesmo autor esta é uma terapia de eleição no tratamento da dor em doentes oncológicos. Nesta técnica são utilizadas imagens cinestésicas, auditivas e gustativas (sons, sensações físicas e paladar), estimulando áreas específicas do nosso cérebro de forma tão eficaz como se estivéssemos realmente a ver, ouvir e degustar (Nicolussi, 2012). Para Hart (2008) a técnica imaginação guiada cria imagens positivas que produzem benefícios emocionais que se repercutem a nível físico.

A imaginação guiada tem várias vantagens na sua utilização, como por exemplo, quando praticada regularmente diminui a dor e a ansiedade, levando à redução da utilização de fármacos. Depois de capacitadas as pessoas com esta técnica, podem utiliza-la autonomamente, originando sentimentos de autodomínio e controlo. E por fim, é possível praticar esta técnica em diferentes contextos e não acarreta custos para o cliente (Hart, 2008).

Nas enfermarias/hospital de dia de oncologia os enfermeiros passam muito tempo com o cliente, sendo responsáveis pelo alívio da dor. Visto as prescrições farmacológicas serem da competência médica, cabe aos enfermeiros identificarem e implementarem medidas não farmacológicas eficazes para o alívio da dor, nomeadamente a imaginação guiada (Kwekkeboom, Bumpus, Wanta, & Serlin, 2008). Executar e capacitar os doentes com esta técnica é do âmbito das funções dos enfermeiros, em específico do EESM (K'solito, 2009).

QUADRO 5 – Competências comuns e específicas do EESM adquiridas com a realização da intervenção Pensar Positivo.

Competências comuns (Regulamento 122/2011)	Competências específicas EESM (Regulamento 129/2011)
C1.2 – Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade.	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.

4.4. FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores, indivíduo e sua família, são preocupações fundamentais para muitos profissionais a nível mundial. Estes três pilares são de extrema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas e comunidades, bem como para as economias nacionais e regionais (OMS, 2010).

De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), o absentismo, o desemprego, incapacidade prolongada bem como, problemas de saúde mental devido ao stress relacionado com o trabalho têm vindo a agravar-se. Lehtinen (2008), refere que a ansiedade, a depressão, o burnout, a insónia, o abuso de substâncias e problemas conjugais são exemplos das consequências negativas de um ambiente laboral stressante. Enquanto uma boa saúde mental estimula a capacidade de trabalho e produtividade, condições de trabalho mais precárias, levam a desequilíbrios psíquicos, baixa por doença e ao aumento de custos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

O contexto laboral é, por excelência, um local propício à promoção da saúde, uma vez que são considerados locais onde as pessoas passam grande parte do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação. As iniciativas com o objetivo de melhorar as capacidades pessoais e diminuir os fatores de stress no trabalho, melhoram a saúde e promovem o desenvolvimento económico (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

De acordo com Costa e Patrão (2006), o setor da saúde envolve profissões consideradas de alto risco em termos de stress, sendo sugerido que a responsabilidade perante os doentes e familiares preocupados, a equipa de trabalho, o pessoal administrativo e as organizações profissionais, sejam importantes fontes de stress. Os seus efeitos terão consequências ao nível dos cuidados do doente e da saúde física e mental dos que o cuidam.

Segundo Maslach (2010), a predominância de sintomas como a fadiga e sintomas de distress físico estão relacionados com o trabalho e surgem em pessoas sem antecedentes de qualquer psicopatologia. Aparece diminuição na eficácia dos cuidados e desempenho alterado devido a atitudes negativas. A autora refere, ainda, que o burnout apresenta como consequências trabalho de fraca qualidade, baixa da moral, absentismo, problemas de saúde, depressão e problemas familiares.

No âmbito dos fatores stressantes e ambientais que conduzem a burnout, encontram-se os mais variados contextos. Na área dos cuidados de saúde, os enfermeiros, são dos profissionais mais afetados, sendo apontado por vários estudos que as situações de cuidar de pessoas com doença prolongada, progressiva e incurável pode um dos potenciadores, devido às perdas, ao confronto com a morte e ao sofrimento.

De acordo com Bernardo, Rosado e Salazar (2004), os profissionais de saúde adotam uma postura defensiva face às suas perdas e lutos evitando fazerem os seus lutos e curarem as suas perdas. Efetivamente, para Cardoso et al. (2009), os profissionais de saúde estão sujeitos a reações emocionais face ao sofrimento que presenciam durante a prestação de cuidados. Assim sendo é importante desenvolverem formação que lhes permita intervir adequadamente junto do cliente e família. Para Mourão (2012), é pertinente desenvolver intervenções que promovam a capacitação dos profissionais com estratégias para lidarem com eles próprios e com os outros, visando o desenvolvimento de competências que lhes permitam lidar com as situações geradoras de stress.

Face ao exposto, e após o levantamento das principais fontes de stress junto da equipa multidisciplinar, através de entrevistas não estruturadas, elaborou-se uma formação em serviço para toda a equipa multidisciplinar do hospital de dia de oncologia, constituída por 3 sessões (Planos em ANEXO VI), com a temática “refletir a morte”, de duas horas cada, recorrendo a dinâmicas de grupo, jogos psicológicos e intervenções

psicoterapêuticas. Como forma de avaliação do impacto das sessões utilizamos o instrumento de avaliação Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (ANEXO VII), validada para a população portuguesa por Cesaltino Fonte em 2011, aplicada antes e após as intervenções.

O termo burnout deriva da conjugação das palavras inglesas *burn* (queima) e *out* (exterior), associando-se a um consumo físico, emocional e mental provocado por um desajuste entre indivíduo e o seu contexto (Costa, 2009). Ou seja, um estado de exaustão física, emocional e mental provocada pelo contínuo envolvimento em situações de grande pressão emocional em contexto laboral (Maslach & Jackson, 1981, citado por Fonte, 2011).

O burnout pode ocorrer de uma forma gradual ou permanecer dissimulado por um longo período de tempo sem ser identificado pela pessoa, sendo proveniente de um afastamento entre as suas expectativas profissionais e a realidade. Contudo, está associada a esta síndrome estratégias inadequadas de *coping*¹⁷ levando a uma auto-perpetuação desta situação (Schaufeli & Buunk, 2003).

O CBI é um instrumento de mensuração do burnout, composto por três escalas de medida o burnout pessoal, relacionado com fatores pessoais, o burnout relacionado com o trabalho e o burnout relacionado com o cliente (Fonte, 2011). Com a utilização deste instrumento, conseguimos fazer uma diferenciação do foco de burnout, pessoal, laboral ou do contato com o cliente, podendo intervir de forma mais adequada¹⁸.

Contudo, com o decorrer da primeira sessão verificámos que as principais fontes de stress da equipa eram inerentes ao trabalho em equipa, relações interpessoais, gestão de conflitos e autoconhecimento. Para dar resposta a esta alteração de focos reestruturaram-se as duas sessões seguintes, após confrontação e validação, com os elementos do grupo, do observado no final da primeira sessão, tendo existido congruência entre o observado pelo elemento externo (EESM) e o terapeuta.

Segunda sessão: relações interpessoais e gestão de conflitos.

¹⁷ Segundo a CIPE 2 *coping* é a atitude de gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico (OE, 2011b).

¹⁸ Como o instrumento CBI é composto por três subescalas podemos aferir se o burnout existente é referente à esfera pessoal, ou laboral ou da relação com o cliente. Pelos resultados obtidos verificamos que existiam níveis de burnout tanto na esfera pessoal como na laboral, sendo quase inexistente na relação com o cliente, corroborando a alteração de focos.

Um “grupo é um conjunto limitado de pessoas, unidas por objetivos e características comuns que desenvolvem múltiplas interações entre si” (Fachada, 2010, p. 357). Desta forma, podemos considerar que um grupo é muito mais que a soma de todos os indivíduos que o constituem, é constituído por pessoas que desenvolvem a sua estrutura pessoal através da troca de ideias e do diálogo. Para a mesma autora, o facto do grupo se constituir com determinados objetivos produz nos seus elementos um fenómeno de interação que faz com que eles se influenciem reciprocamente.

Segundo Rocha (2010, citado por Carvalho, 2010, p. 4),

“relacionar-se é dar e receber ao mesmo tempo, é abrir-se para o novo, é aceitar e fazer-se aceitar, buscar ser entendido e entender o outro. A aceitação começa pela capacidade de escutar o outro, colocar-se no lugar dele e estar preparado para aceitar o outro em seu meio”.

As relações interpessoais fortalecem não só o desempenho do profissional, como promovem expectativas positivas para as equipas que atinjam os objetivos e superem as metas, visto que um bom relacionamento não é aquele que une pessoas perfeitas, mas onde cada um aceita os defeitos do outro e consegue compreensão pelos seus próprios defeitos (Gomes, 2010, citado por Carvalho, 2010).

De acordo com Ouspensky (2008, citado por Santos, 2014), a maioria das pessoas não compreende a implicação da lei “causa e efeito”, ou seja, não têm consciência do impacto indesejável e negativo que as suas atitudes podem provocar, visto não perceberem a incoerência existente entre o que dizem, o que pensam e o que fazem, levando muitas vezes a situações de conflito. Para a autora, a ausência de reflexão pessoal e compreensão de si mesmo faz com que a pessoa construa uma imagem socialmente aceite, contudo não é representativa do seu verdadeiro eu.

Para Fachada (2010), o conflito torna-se potencialmente negativo e destrutivo de uma relação, uma vez que consome demasiada energia individual, impedindo a pessoa de investir no trabalho ou na relação. As disputas e os desacordos frequentes levam à redução da motivação e do empenho interpessoal. As ideias inovadoras são maioritariamente resultado de pontos de vista conflituosos que são partilhados e discutidos abertamente. Terapias que promovam esta discussão aberta podem

proporcionar uma maior exploração de sentimentos, de valores, atitudes e pontos de vista, favorecendo a expressão individual e a procura de melhores decisões.

Terceira sessão: Autoconhecimento e trabalho em equipa

Atualmente a interação entre pessoas é cada vez mais difícil. A intolerância e a austeridade desgastam as relações interpessoais. Em contexto laboral, esta situação é ainda mais nociva, visto a união de diferenças pessoais, que deveriam ser complementares, originarem barreiras à criação de um ambiente produtivo e harmonioso (Santos, 2014).

A ausência de reflexão e de compreensão de si mesmo leva a pessoa a construir uma imagem socialmente aceite pelos outros, contudo não representa o seu verdadeiro eu. Torna-se relevante neste contexto a promoção e o desenvolvimento do autoconhecimento, contribuindo e promovendo mudanças comportamentais e emocionais (op. cit.).

“As pessoas têm uma ideia imprecisa de como se comportam, afinal não se atuam em frente a um espelho nem se dispõem de *feedbacks* contínuos. Daí a importância do autoconhecimento, principalmente para aqueles que se expõem à observação de terceiros” (Fiorelli, Fiorelli & Júnior, 2008, p. 1).

Joseph Luft e Harry Ingham, em 1961, elaboraram um modelo concetual, designado Janela de Johari, com o objetivo de ilustrar o processo de dar e receber *feedback*, ou seja, de forma a analisarem como o indivíduo dá ou pede informação aos outros (Fachada, 2010). Este instrumento é um grande auxílio para a pessoa formar uma ideia clara dos seus comportamentos e elucidá-la com algumas soluções para enfrentar as suas dificuldades nas relações interpessoais, e transformar a sua participação social uma expressão realizadora para o próprio e para os que o rodeiam (Fritzen, 2000).

O campo compreendido no interior do retângulo representa o espaço interpessoal que se subdivide em quatro quadrantes, sendo que cada um representa uma combinação específica de informação que visa determinar a qualidade das relações interpessoais (Fachada, 2010). A janela ideal é a que predomina a área da arena, uma vez que indica que a pessoa dá o máximo de informação sobre si e conseqüentemente diminui a

possibilidade dos outros interpretarem mal o seu comportamento. Este estilo é o que proporciona sinceridade e abertura, maior participação e produtividade (op. cit.).

Para Santos (2014), associar um determinado tipo de personalidade a uma pessoa, incentiva-a ao processo de auto observação, levando-a a refletir sobre a direção da sua atenção, a intensidade de energia que despense em cada ação, a reação que vivencia, bem como as estratégias de defesa que utiliza para se proteger. Esta auto descoberta permite ao profissional entender-se a si mesmo e aos que o rodeiam, aprendendo a gerir e a valorizar as diferenças nos seus relacionamentos, transformando-o numa pessoa consciente da sua forma de expressão e de atuação. Desta forma, “o autoconhecimento torna visível a essência das pessoas, fazendo com que os seus pensamentos e atitudes sejam respeitados e reconhecidos” (Santos, 2014, p.3).

Assim, ao conhecer-se melhor, a pessoa passa a direcionar e a controlar os impulsos, a agressividade, os sentimentos e emoções. Desta forma as relações interpessoais, em contexto laboral, são potencializadas dado os profissionais estarem mais centrados e conscientes das suas capacidades, refletindo antes de agir, antevendo as consequências dos seus atos e ponderando os ganhos em direcionar e despender energia numa determinada situação, levando à redução do desgaste físico e mental, conseguindo compreender melhor as suas emoções, verbalizar as suas insatisfações, ressentimentos, medos e raiva (op. cit.).

Considerando a análise do quadro 7, com base nos focos levantados, verificamos a existência de ganhos em saúde, adquiridos através da capacitação e aquisição de estratégias de *coping* e estratégias de gestão de conflitos com o intuito de diminuir a sobrecarga por stress. Observamos também, que apesar de existir o risco de baixa auto-estima devido á existência de burnout nos elementos da equipa, com a execução desta intervenção atuamos a nível preventivo, evitando o dispêndio de recursos económicos e o absentismo profissional, conseguindo ganhos efetivos em saúde.

QUADRO 6 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem, elaborados para o grupo, no pré e pós-intervenção.

Diagnósticos pré-intervenção	Diagnósticos pós-intervenção
Processo de <i>coping</i> comprometido	<i>Coping</i> efetivo

Risco de baixa auto-estima ¹⁹ situacional	Auto-estima adequada
Sobrecarga por stress ²⁰	Stress melhorado

QUADRO 7 – Competências comuns adquiridas com a realização da intervenção Formação em Serviço.

Competências comuns (Regulamento 122/2011)
C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequado os recursos às necessidades de cuidados.
C2.2 – Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.
D1.2 – Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.
D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.
D2.3 – Provê liderança na formulação e implementação da políticas, padrões e procedimentos para prática especializada no ambiente de trabalho.

4.5. CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE LIGAÇÃO

A prevalência das doenças oncológicas é significativa no âmbito da saúde das populações quer a nível nacional, quer a nível internacional (Varela & Leal, 2011). De facto, segundo a Direção Geral da Saúde (2013), na União Europeia o aumento do número de novos casos de doença oncológica é de cerca de 13,7%, sendo que, as previsões para Portugal são para um aumento de cerca de 12,6%.

Contudo, a sobrevivência das pessoas com doença oncológica, também, tem vindo a aumentar, devido a vários fatores como o desenvolvimento científico e o empenho dos

¹⁹ Segundo a CIPE 2, auto-estima significa a “opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva” (OE, 2011b, p. 41).

²⁰ Segundo a CIPE 2, stress significa “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo” (OE, 2011b, p. 77).

profissionais, sendo crescente uma nova população de sobreviventes à doença oncológica, que necessitam de respostas específicas quer a nível clínico quer a nível social (Miranda, 2013).

Para Andrade (2000, citado por Varela et al., 2011), apesar da eficácia crescente dos métodos de tratamento do cancro, observada no aumento da sobrevivência, as pessoas com doença oncológica continuam a ter que enfrentar uma patologia potencialmente debilitante, dolorosa, que provoca alterações na autoimagem, leva à perda de funções fisiológicas e à morte. Desta forma, a experiência de uma doença oncológica engloba uma multiplicidade de fatores stressantes que ocorrem desde o diagnóstico, ao tratamento e à sobrevivência a longo prazo (Deep & Leal, 2000).

De acordo com a OMS (2005, p.1), os “problemas de saúde mental afetam pelo menos uma em cada quatro pessoas em algum momento das suas vidas”. A mesma organização refere, ainda, que a ansiedade e a depressão são os problemas de saúde mental que mais afetam a população da Europa, sendo que Portugal é o país da Europa com maior prevalência anual, 22,9%, de doença mental na população (Observatório Português Sistemas de Saúde, 2012).

Relativamente à doença oncológica, Pais-Ribeiro et al. (2004), referem que a prevalência da depressão em pessoas com doença oncológica é de 14 a 24%, e que este sentimento de sofrimento mental se reflete a toda a família, sendo verificado num estudo sobre a morbilidade psicológica nas famílias do doente oncológico a existência de depressão em 35% das esposas e em 28% dos filhos dos clientes.

Nas famílias da pessoa com doença oncológica, de acordo com Yates (1999, citado por Afonso, 2011), o sofrimento mental pode ser despoletado por dois tipos de stressores, o *stress* emocional, associado ao estigma da doença oncológica, visto ser uma doença grave, crónica, associada à deterioração gradual da pessoa devido a tratamentos dolorosos e o confronto com a proximidade da morte. E, ainda, segundo o mesmo autor, existe o stress associado à necessidade de cuidar do seu familiar, acrescendo a responsabilidade da família pelo processo de doença do seu familiar, bem como a alteração de rotinas diárias, familiares e profissionais.

Face ao exposto, para Cardoso et al. (2009), é importante que a equipa de oncologia e profissionais de cuidados paliativos articulem com as equipas de saúde mental de forma a promover cuidados de qualidade às pessoas com doença oncológica e sua família.

Neste sentido, durante a prática especializada, foram elaboradas várias intervenções com o objetivo de promover a saúde mental quer das pessoas com doença oncológica quer dos seus familiares, suscitando a necessidade da criação e implementação de uma consulta de saúde mental de ligação, de forma a demonstrar a pertinência da área da saúde mental no serviço de Hospital de Dia de Oncologia.

Sendo a proteção da saúde mental uma prioridade política e social, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2014), considera que a promoção da saúde mental é da responsabilidade de todos os agentes sociais, devendo ser integrada em todos os níveis do sistema de saúde (prevenção primária, secundária, terciária, cuidados continuados e paliativos), com o objetivo de prevenir os fatores de risco e preditores atrás referidos²¹. De acordo com a mesma organização, os projetos, planos e grupos de trabalho que se desenvolvem em áreas intersetoriais devem sempre ter em atenção a área da saúde mental, devendo os projetos com resultados positivos nesta área ser valorizados, divulgados e objeto de discussão alargada, visando a diminuição do estigma.

Gomes e Loureiro (2013, p. 33), corroboram esta ideia referindo que:

“a promoção da saúde é vista não apenas como uma responsabilidade do setor da saúde, mas também como a garantia do desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e de condições de vida dignas, que promovam o bem-estar sendo um processo social e político abrangente que não abarca apenas a ação dirigida a fortalecer as capacidades e competências dos indivíduos, mas também a ação dirigida à mudança das condições sociais, ambientais e económicas”.

Um programa de promoção da saúde mental deve ajudar a pessoa a sentir-se bem consigo própria e com os que a rodeiam, desenvolvendo um sentido de responsabilidade em função do seu bem-estar e do dos outros. Desta forma, cada elemento da

²¹ De acordo com CNECV (2014, p. 3) “deve ser promovida a saúde mental no geral e, em particular, nos grupos existencial e socialmente vulneráveis, dando especial atenção às pessoas em fase de transição ou de crise, proporcionando suporte social e profissional”.

comunidade fica preparado para decidir de forma consciente e realista, adaptando-se às dificuldades da vida, integrando-se e interagindo socialmente (op. cit.).

Assim, a saúde mental é um assunto de interesse público, visto contribuir para todos os aspetos da vida humana, numa relação recíproca entre bem-estar e produtividade, da sociedade e dos seus elementos em todos os momentos e etapas das suas vidas (CNECV, 2014).

Como já foi referido anteriormente, e segundo o CNECV (2014), a saúde mental pode ser promovida através de intervenções de saúde pública, políticas e práticas em várias áreas, da saúde à educação e em vários contextos. Sendo nitidamente influenciada pela cultura, a saúde mental assume diferentes significados, dependendo dos contextos em que estão inseridas as pessoas, das personalidades e das estratégias de *coping* utilizadas, podendo colocar a pessoa em risco de perturbação e de doença mental. Neste sentido, abordagens salutogénicas focalizadas na adaptação, no otimismo e na resiliência, contam-se entre os fatores protetores que podem modificar as respostas aos agentes de *stress* (CNECV, 2014).

Nesta linha de pensamento, Vaz Serra (2000, citado por Afonso, 2011), refere que os fatores humanos como a predisposição genética e fatores de personalidade influenciam a pessoa a sentir maior vulnerabilidade perante fatores de *stress*. Assim, uma pessoa vulnerável descompensa com mais facilidade e tem maior predisposição para desenvolver transtornos crónicos. Por outro lado, para uma pessoa não vulnerável é necessário a ocorrência de situações de stress graves para desencadear os mesmos sintomas, sendo nestas pessoas as alterações breves e circunstanciais ao acontecimento indutor de stress. Neste sentido, para o mesmo autor, o facto do indivíduo sentir ou não stress deve-se ao seu grau de auto-confiança, ou seja depende se este acredita que possui, ou não, estratégias para superar o acontecimento perturbador.

Afonso (2011), refere que a reação da pessoa a uma situação perturbadora é mais influenciada pela predisposição pessoal, pelos recursos psicológicos que a pessoa possui ou que tem acesso e o significado que atribui àquele acontecimento, do que pelo acontecimento em si. Isto é, se a pessoa desenvolve a perceção que não tem controlo sobre um determinado acontecimento, esta passa a sentir-se mais vulnerável em relação a essa situação, implicando a adoção de várias estratégias para lhe fazer face, favoráveis

às etapas adaptativas com que se confrontam as pessoas com doença oncológica e suas famílias durante o processo de doença. Estas estratégias denominam-se de estratégias de *coping*.

Segundo Varela et al. (2011), um dos fatores identificados como sendo determinante na mobilização de estratégias adaptativas perante situações extremas é o sentido de coerência. Para Antonovsky (1998, citado por Varela & Leal, 2011, p.15), “o sentido de coerência corresponde a uma disposição e forma vital de ver o mundo, em que este é perspectivado como compreensível, flexível e com significado”.

O sentido de coerência é constituído por três componentes que se complementam, são eles: a capacidade de compreensão, a capacidade de gestão e a capacidade de investimento (op. cit.).

A capacidade de compreensão está associada à tendência de perceber os acontecimentos como sendo ordenados, consistentes, claros, estruturados e explicáveis. A capacidade de gestão consiste na apreciação que a pessoa faz dos recursos pessoais ou sociais que possui para satisfazer as exigências requeridas pelo acontecimento. Por último, a capacidade de investimento é inerente à crença da pessoa de que o investimento de energia e interesse na resolução do acontecimento, justifica-se do ponto de vista emocional e existencial (Antonovsky, 1987 citado por Nunes, 1999).

Desta forma, o sentido de coerência adquire uma carácter cognitivo, afetivo e informal, possibilitando à pessoa estruturar a aparente desordem da sua vida ou de uma determinada situação, recuperando a ordem e a coerência, integrando esses acontecimentos na sua experiência de vida. Contudo, apesar de ser uma característica comum a todos as pessoas, difere de pessoa para pessoa (Nunes, 1999). Varela et al. (2011), concluem, ainda, que o sentido de coerência expressa a forma como a pessoa interpreta as situações de forma ordenada e com sentido, determinando a mobilização adequada de recursos para gerir os acontecimentos com que se depara.

A identificação e especificação das características pessoais facilitadoras da resolução e gestão de situações de resultantes de acontecimentos de vida disruptivos, permitem perceber os processos que podem conduzir à saúde mental bem como à doença (op. cit.).

Nesse sentido, as atividades promotoras de saúde devem incluir programas, políticas e intervenções que sejam capacitadoras das pessoas e comunidades, adotando uma estratégia participativa, holística, intersetorial, equitativa e sustentável (Gomes et al., 2013).

“Em termos de saúde pública, a prevenção de reações adversas de natureza física e mental, resultantes do stress causado pelos acontecimentos de vida, representam um passo importante na humanização e qualidade dos serviços de saúde portugueses” (Nunes, 1999, p. 1).

Face ao exposto, foram consultadas as pessoas com doença oncológica e seus familiares acerca da pertinência de continuar o trabalho que estava a desenvolver, sendo o feedback recebido muito positivo, tendo alguns familiares, com o objetivo de fortalecer esta necessidade, elaborado documentos escritos que enviaram para o conselho de administração do CHMT ou entregaram ao enfermeiro chefe do hospital de dia de oncologia.

Neste sentido, foi elaborada uma ficha projeto (ANEXO VIII), que foi apresentada ao enfermeiro chefe do serviço de psiquiatria, ao enfermeiro chefe do hospital de dia de oncologia e à diretora clínica do serviço de psiquiatria, que consideraram um projeto inovador e que conferia qualidade aos cuidados de enfermagem na área da saúde mental. Posteriormente, o projeto foi apresentado à direção de enfermagem e ao diretor clínico do CHMT que deram parecer positivo para a implementação da consulta. Atualmente, ainda está em fase de elaboração protocolar e normativa, tendo ficado ao meu encargo. De acordo com a nova legislação da avaliação da função pública, SIADAP, a consulta de enfermagem de saúde mental de ligação integra o meu objetivo pessoal para a melhoria da qualidade inerente ao departamento de psiquiatria – Psiquiatria de Ligação.

QUADRO 8 – Competências comuns e especializadas do EESM adquiridas com a realização da intervenção criação e implementação da consulta de enfermagem de saúde mental de ligação.

Competências comuns (Regulamento 122/2011)	Competências específicas EESM (Regulamento 129/2011)
<p>B1.1 – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.</p> <p>B1.2 – Incorpora diretivas e conhecimento prático na melhoria da qualidade na prática.</p> <p>B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>B2.3 – Lidera programas de melhoria.</p>	<p>F2.3. – Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção de perturbação mental na comunidade e grupos.</p>

CONCLUSÃO

As competências adquiridas em cada incidente crítico não são estanques, são transversais. Neste sentido foi realizado um quadro resumo das competências desenvolvidas durante a prática especializada.

QUADRO 9 – Quadro resumo das competências comuns e especializadas em saúde mental adquiridas durante a prática especializada.

INCIDENTES CRÍTICOS	COMPETÊNCIAS COMUNS (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro)								COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESM (Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro)				
	A1	A2	B1	B2	B3	C1	C2	D1	D2	F1	F2	F3	F4
Treino de parentalidade positiva	X	X			X			X	X	X	X	X	X
Saúde mental e oncologia	X	X		X				X	X	X	X	X	X
Pensar positivo	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X
Formação em serviço	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		
Consulta de enfermagem de saúde mental de ligação	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X

PARTE 2 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. ENQUANDRAMENTO TEÓRICO

Provavelmente, a doença oncológica é uma das patologias mais recedadas no mundo, visto ser considerada uma doença silenciosa e representar uma grande ameaça à vida humana (Pereira & Pereira, 2010). Na atualidade, a doença oncológica é já considerada uma epidemia, uma vez que surge associada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade, bem como a um gradual aumento da sua incidência e prevalência (Macedo et al., 2008).

No contexto sociocultural a família desempenha um papel fulcral no crescimento dos seus elementos. É no seio familiar que cada um dos seus elementos encontra estabilidade e harmonia para ultrapassar situações de crise que surgem ao longo do ciclo vital. A doença e a morte atingem não só a pessoa doente como toda a sua família, de facto de acordo com Guarda, Galvão e Gonçalves (2010, p.753), “a doença de um membro da família é também doença familiar”, em que todos os seus elementos sentem o sofrimento e a dor, constituindo a pessoa doente e a sua família a unidade a cuidar.

Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira e Reis (2009), corroboram esta ideia referindo que a ocorrência de uma doença aguda ou crónica afeta profundamente todos os elementos de uma família, sendo a doença oncológica uma das patologias vividas com maior envolvimento. Segundo Lewis (1990 citado por Afonso, 2011), a doença oncológica é muitas vezes encarada como uma situação crónica, debilitante e fatal, conduzindo o doente e sua família a experiências nefastas ao seu bem-estar e qualidade de vida. Sintomas como perturbações alimentares e do sono, depressão, ansiedade e sintomatologia psicossomática são alguns dos exemplos encontrados em familiares de pessoas com doença oncológica.

De acordo com Afonso (2011, p. 2), a doença oncológica é considerada uma doença com “má reputação”, para a qual contribuíram reações hostis aos tratamentos, medo da dor, sofrimento e a morte. Quando nos referimos à morte, normalmente surgem associadas palavras como ansiedade e medo (Kubler-Ross, 2008). Wong (2002, citado por Mourão, 2012), vai mais longe, referindo que a ansiedade face à morte é algo mais

generalizado e inacessível à consciência, manifestando-se por pensamentos, medos e emoções relacionadas com o fim da vida.

Neste sentido, de acordo com Doyle (1999, citado por Cardoso et. al., 2009), a pessoa com doença oncológica e sua família não lutam apenas com o presente e toda a envolvente da doença e seus cuidados, mas lutam também com “os aspetos avassaladores associados à doença e à transcendência para além da doença” (p.12). O autor enumera sete necessidades específicas dos familiares da pessoa com doença oncológica sendo de destacar: receber apoio, confirmação e reforço do seu contributo para o conforto do cliente, poder exteriorizar emoções, receber conforto e apoio da família e receber a aceitação, apoio e conforto por parte dos profissionais de saúde.

Como já foi referido, a doença oncológica constitui um fator de stress para os familiares, sendo por isso de extrema importância o conhecimento do seu processo de adaptação psicossocial de forma a promover a sua qualidade de vida. Esta situação implica a adoção de variadíssimas estratégias de *coping*, podendo estas ser mais ou menos adequadas às etapas adaptativas do processo de doença (Afonso, 2011).

As estratégias de *coping* podem ser efetivas quando diminuem sensações de desconforto e sentimentos desagradáveis inerentes a ameaças ou perdas. Por outro lado, podem ser consideradas disfuncionais quando são pouco efetivas ou insuficientes para garantirem a qualidade de vida, o bem-estar físico, emocional e social, ou quando comprometem o equilíbrio psiconeuroendocrinológico dos clientes (Penhaça, 2008 citado por Souza & Araújo, 2010).

Contudo, para Norldin e Glimelius (1999, citado por Afonso 2011) estratégias de *coping* são distintas de ajustamento mental à doença. Neste sentido, para estes autores, *coping* é um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que possibilitam à pessoa a gestão das exigências inerentes à situação, podendo ser externas ou internas, e que aparentemente excedem os seus recursos. Por outro lado, consideram que ajustamento mental à doença corresponde à avaliação que a pessoa faz da situação em si, isto é, a forma como a pessoa percebe a situação, bem como as repercussões que advém para a sua vida, cabendo-lhe pensar e agir de forma a que se processe a redução da ameaça produzida.

Assim, os autores supracitados concluem que, apesar das estratégias de *coping* assumirem uma grande importância no processo de adaptação à situação de stress, a avaliação individual que cada um faz do acontecimento é, também, um fator preponderante.

Face ao exposto, foi criado e dinamizado um grupo de encontro para familiares de pessoas com doença oncológica que se encontrassem a realizar quimioterapia no hospital de dia de oncologia do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), unidade de Tomar.

Um grupo de encontro é um grupo que pode, efetivamente, ser terapêutico, baseado na teoria de Rogers, é centrado na pessoa e não tem como objetivo primário trabalhar situações patológicas de saúde mental. Os objetivos de um grupo de encontro são estabelecidos pelo próprio grupo, com o apoio de uma liderança não diretiva, exigindo do líder uma preparação adequada ao seu papel e funções, como a congruência, a empatia e o apoio incondicional. Desta forma o líder funciona com um membro do grupo, o que significa que o grupo é livre, responsável por ele próprio e desde que se crie um ambiente de relacionamento ele próprio tomará o seu rumo e cada um dos membros desenvolverá em segurança os seus potenciais máximos (Guerra & Lima, 2005).

As pessoas que constituem grupos de encontro possuem as mesmas motivações e metas a atingir, desta forma constata-se que os grupos de encontro exercem um efeito terapêutico nos seus elementos. Desta forma, verifica-se que este tipo de grupo tem algumas propriedades únicas como: os seus membros não se sentem sós e únicos nos seus problemas, necessidade de partilha pessoal e necessidade de crescimento ou mudança (Lieberman, 1979 citado por Guerra et al., 2005). Esta vivência de um problema semelhante dá coesão ao grupo, assumindo-se este como um grupo familiar, fazendo com que surjam algumas características próprias deste funcionamento grupal como: aceitação incondicional, a expressão de sentimentos autêntica e a segurança normalmente sentida dentro do grupo (Guerra et al., 2005).

As técnicas de dinâmica são instrumentos que ajudam a alcançar os objetivos propostos para o grupo, devendo sempre ser adaptadas às necessidades do grupo e por isso são flexíveis e não rígidas. O principal objetivo para a utilização de dinâmicas é melhorar o

desempenho dos membros do grupo e do grupo em si. A sua seleção deve ter sempre em consideração os objetivos, o tamanho, as normas, a atmosfera (formalidade/informalidade), a sintonia (personalidade) e o seu estágio de desenvolvimento (op. cit.).

Os profissionais podem desempenhar um papel importante na vida dos clientes e da sua família durante o período de internamento, através da promoção de espaços de conversação, utilizando a fala, a escuta ativa e a contínua interação, permitindo uma partilha dos medos e das falas ocultas, podendo ser esclarecidos, mediante uma relação horizontal entre profissionais e cliente, facilitando a confiança, a cooperação e a responsabilidade. Os grupos de encontro, técnicas psicodramáticas e role-play são citados como técnicas que estão a ser usadas para contribuir para preparar os utentes e família para enfrentarem os seus problemas de saúde (Silva, Pinheiro, Souza & Moreira, 2011).

De acordo com o Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro (2011, p. 8672), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a prestação de cuidados no “âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Desta forma os objetivos do presente estudo são avaliar o impacto dos grupos de encontro na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica através dos focos ansiedade, depressão, stress e bem-estar psicológico, preconizados pela CIPE versão 2, recorrendo à aplicação dos instrumentos de avaliação, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS – 21) e o Inventário de Saúde Mental (MHI – 5), antes e depois da participação no grupo de encontro.

2. METODOLOGIA

A fase de metodologia da investigação consiste na definição do conjunto de métodos e atividades (desenho de investigação) que permitem a efetivação do projeto de investigação, dar resposta às questões e hipóteses formuladas e obter conclusões legítimas (Fortin, 2003).

2.1. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo utilizado, na presente investigação, foi o estudo caso múltiplo, do tipo exploratório²² com experimentação, uma vez que antes e após a execução das intervenções planeadas foram avaliadas as características da amostra recorrendo à aplicação dos instrumentos de avaliação EADS – 21 e MHI – 5. Ou seja, houve manipulação, por parte do investigador, de forma sistemática de uma parte do fenómeno, através da aplicação de uma intervenção (Fortin, 2003).

Segundo Fortin (2003, p. 164) um estudo de caso “consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”. Os estudos de caso representam a estratégia de eleição dos investigadores quando se colocam questões do tipo “como” e “porquê”, quando existe pouco controlo sobre os aspetos que se pretende estudar e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real (Yin, 2001, p. 19).

Os estudos de caso permitem realizar uma instigação em que se preservam as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, uma vez que o principal objetivo, deste tipo de investigação, é a tentativa de esclarecimento de uma decisão ou de um conjunto de decisões, ou seja, o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com que resultados (Schramm, 1971, citado por Gomes,

²² De acordo com Meirinhos e Osório (2010), os estudo exploratórios têm como objetivo definir as questões ou hipóteses para uma investigação posterior, ou seja, são o prelúdio para uma nova investigação, não tendo que ser necessariamente um estudo de caso. Com a utilização desta metodologia de investigação podemos alcançar hipóteses e preposições relevantes para orientar estudos subsequentes, podendo ser um suporte para a teorização, sendo desta forma considerados os estudos com uma reputação mais notória.

2012). De facto, Dooley (2002) corrobora esta ideia, referindo que a vantagem da utilização de um estudo de caso é sua aplicabilidade em situações humanas e contextos atuais de vida real.

Dooley (2002, p 343-344), salienta ainda que:

“investigadores de várias disciplinas usam a metodologia e estudo de caso para desenvolver uma teoria, para produzir uma nova teoria, para questionar ou desafiar uma teoria, para explicar uma situação, para providenciar uma base de aplicação de soluções para uma situação, para explorar, ou para descrever um objeto ou fenómeno”.

Segundo Meirinhos e Osório (2010), existe, na literatura, um conjunto de características que orientam a metodologia de estudo de caso, como a natureza da investigação, o seu carácter holístico, o contexto e a sua relação com o estudo, a possibilidade de fazer generalizações, a importância da existência de uma teoria prévia e o seu carácter interpretativo constante.

Os autores supracitados referem ainda que, a opção por um estudo de caso único ou de casos múltiplos é um dos aspetos a ter em conta aquando da formulação das questões de investigação. Contudo, para Yin (2001), a utilização de estudos de caso múltiplos contribuem para uma investigação mais convincente, visto, segundo Rodriguez, Flores e Jiménez (1999), este tipo de desenho de investigação permitir contestar e comparar as respostas obtidas entre os vários casos analisados. Assim, se as conclusões obtidas dos vários casos forem semelhantes, fomentam a possibilidade de generalização (Yin, 2001).

“Nos estudos de caso coletivos, os investigadores estudam vários casos a fim de fazer uma melhor análise e, conseqüentemente, uma melhor compreensão e teorização” (Meirinho et al., 2010, p. 58).

Para Schramm (1971, citado por Gomes, 2012), um investigador que utilize a metodologia de estudo de caso deve apresentar um conjunto de características específicas, nomeadamente:

1. Deve ser uma pessoa capaz de fazer boas perguntas e saber interpretar a respostas.
2. Deve ser um bom ouvinte e não deixar interferir as suas próprias ideologias e preconceitos.
3. Deve ser capaz de ser adaptável e flexível, para que as dificuldades e obstáculos inerentes ao processo de investigação sejam interpretadas como oportunidades e não como ameaças.
4. Deve ter a noção clara das questões que estão em estudo, mesmo que seja uma orientação teórica ou política, ou que o estudo tenha um perfil mais exploratório.
5. Deve ser imparcial relativamente a noções preconcebidas, inclusive as que tiveram origem numa teoria, devendo ser uma pessoa sensível e atenta a provas contraditórias.

2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Uma questão de investigação constitui-se como um enunciado interrogativo, que contém frequentemente uma ou duas variáveis, que serão descritas, e a população a estudar (Fortin, 2003).

De acordo com Guerra et al. (2005), a terapia de grupo tem como principal objetivo a diminuição do stress e do isolamento, promovendo a resolução de problemas. Neste sentido o grupo de encontro desenvolvido teve como objetivo a promoção da saúde mental dos elementos do grupo através da promoção do autoconhecimento, da partilha de sentimentos e capacitação dos elementos do grupo com estratégias de *coping*.

Face ao exposto e para cumprir os objetivos deste estudo foi delineada a seguinte questão de investigação:

Q: Qual o impacto dos grupos de encontro, na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica face ao processo de doença?

2.3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Para Gil (2009), depois da fase teórica, da formulação da questão surge a fase da operacionalização, considerada como um processo a que as variáveis são submetidas, com o objetivo de se encontrar correlatos empíricos que possibilitem a sua mensuração ou classificação.

Segundo Fortin (2003, p.217), “operacionalizar um conceito significa defini-lo de maneira a que ele possa ser observado e medido”, ou seja é a atribuição de um significado a um conceito, especificando as intervenções ou operações necessárias para o medir.

De acordo com a mesma autora, uma variável é considerada uma propriedade observável que varia e a que são conferidos valores, podendo ser equivalente a um indicador ou a uma combinação de indicadores, utilizada para medir uma dimensão de um constructo. A classificação das variáveis, mais frequente, é em variáveis dependentes, independentes, atributo e estranhas, sendo as três primeiras abordadas seguidamente.

As variáveis definidas para este estudo foram escolhidas em função dos objetivos e da questão de investigação previamente definidos.

2.3.1. Variável dependente

A variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado (Fortin, 2003). Deste modo, a variável dependente apresenta valores resultantes da aplicação da variável independente, traduzindo uma relação entre ambas.

Assim, neste estudo as variáveis dependentes são: saúde mental, depressão, ansiedade e stress.

De acordo com a World Health Organization. (2001, p. 1), saúde mental “é um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. Esta variável foi avaliada através da aplicação do instrumento de avaliação MHI – 5, recorrendo ao foco de enfermagem bem-estar psicológico, de acordo

com a CIPE versão 2. Foi, ainda, utilizada a EADS – 21, avaliando os focos ansiedade, depressão e stress, segundo a CIPE versão 2.

2.3.2. Variável independente

Segundo Fortin (2003, p.37), a “variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente”, em muitos estudos esta variável é considerada o tratamento ou a intervenção, ou simplesmente a variável experimental.

Assim, para o presente estudo definiu-se como variável independente a intervenção grupos de encontro, que de acordo com Rogers (1970, citado por Laneiro, 2005, p.23) consistem num grupo que “pretende acentuar o crescimento pessoal e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relações interpessoais, através de um processo experiencial”.

2.3.3. Variáveis atributo

Para além dos dois grandes tipos de variáveis referidos nos subcapítulos anteriores, Fortin (2003) identifica as variáveis atributo como as características dos sujeitos integrados no estudo e que, geralmente são do tipo demográfico. A informação colhida acerca destas variáveis é importante para traçar o perfil das características dos sujeitos que constituem a amostra. Assim, de acordo com as necessidades deste estudo, escolhemos como variáveis atributo:

- Idade, define-se como o número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à época de que se fala (Infopédia, 2014).
- Estado civil, define-se como “as qualidades definidoras do estado pessoal que constam obrigatoriamente do registo civil” (Infopédia, 2014).
- Grau de parentesco, com o familiar doente, é a relação com outro indivíduo que pertence à mesma família, com consanguinidade ou vínculo que une duas pessoas, em consequência de uma delas descender da outra ou de procederem a um progenitor comum (Infopédia, 2014).

As variáveis atributo foram recolhidas através da aplicação do jogo psicológico, “O meu brasão pessoal”, sendo pedido, aos participantes, para escreverem num quadrante do brasão estas características pessoais

2.4. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DA AMOSTRA

Na metodologia de estudo de caso, a seleção da amostra adquire um papel muito particular, uma vez que tem como objetivo obter a máxima informação para a fundamentação do projeto de investigação e criação de uma teoria fundamentada em critérios pragmáticos e teóricos. Esta perspetiva de amostragem é considerada intencional, visto os sujeitos que a constituem não serem escolhidos ao acaso, sendo selecionados pelo investigador partindo de critérios específicos (Aires, 2011).

A técnica de amostragem utilizada, no presente estudo foi a amostragem por seleção racional. Segundo Fortin (2003), este tipo de amostragem tem por base o julgamento do investigador para formar uma amostra de sujeitos em função das suas características específicas, permitindo uma melhor compreensão dos fenómenos em estudo.

Face ao exposto, dos 533 utentes que realizaram quimioterapia no hospital de dia de oncologia do CHMT, unidade de Tomar, durante o ano de 2013, foram selecionados, através de entrevistas não estruturadas²³, os familiares que acompanharam os clientes durante os tratamentos no período de 13 de Maio a 31 de Maio de 2013.

Foram critérios de inclusão todos os familiares, com idade superior a 18 anos, que acompanhassem a pessoa com doença oncológica e que quisessem voluntariamente participar nas sessões, com disponibilidade para vir uma vez por semana ao CHMT, durante quatro semanas e que durante a entrevista não-estruturada verbalizassem dificuldade em gerir a situação ou que sentissem sofrimento mental.

Foram critérios de exclusão, familiares com idade inferior a 18 anos, sem disponibilidade para realizar pelo menos 3 das sessões agendadas e que durante a entrevista não-estruturada evidenciassem psicopatologia, sendo nestas situações encaminhadas para o psiquiatra responsável pela consulta de psiquiatria de ligação.

Neste sentido, a amostra do estudo era constituída por 4 familiares do género feminino, com idades compreendidas entre os 37 anos e os 74 anos.

²³ De acordo com Aires (2011, p.28), as entrevistas não estruturadas, devido à sua natureza qualitativa, “desenvolvem-se de acordo com os objetivos definidos; as perguntas não são definidas *a priori* e, por isso, surgem com o decorrer da interação entre os dois agentes (entrevistador e entrevistado).” Este tipo de entrevista tem como principal objetivo a recolha e o aprofundamento de informação sobre acontecimentos, dinâmicas e conceções detetadas ao longo da observação. Contudo, a não diretividade das perguntas não implica a total ausência de um guião orientador, antes pelo contrário, uma vez que uma entrevista sem guião não conduz, maioritariamente das vezes, ao objetivo pretendido.

2.5. PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

Um estudo de investigação pode incidir sobre uma grande diversidade de variáveis, implicando diversos métodos de colheita de dados. A natureza do problema de investigação, bem como as variáveis escolhidas, sua operacionalização e a estratégia de análise selecionada, estão na base da escolha do método de colheita de dados pelo investigador (Fortin, 2003).

A escolha adequada das técnicas de recolha de dados a utilizar ao longo do processo de investigação, constitui uma etapa que não pode ser minimizada pelo investigador, uma vez que dela depende a concretização dos objetivos do trabalho (Aires, 2011).

No presente estudo para se realizar a recolha de informação foi utilizado o procedimento de observação participante, recorrendo a grupos de discussão²⁴. De acordo Rodriguez et al. (1999), a observação participante é um método interativo de recolha de dados que implica a intervenção do investigador nos acontecimentos e fenómenos que está a estudar, sendo considerado o procedimento de observação mais utilizado em investigação quantitativa.

O ponto fundamental deste procedimento de observação é a integração do investigador no campo de observação. Assim, o investigador obtém uma perspetiva dos fenómenos em estudo como elemento participante, podendo influenciar o que observa, tornando-se parte ativa no campo observado (Meirinho et al., 2010).

Yin (2001), corrobora esta ideia, referindo que a observação participante é considerada uma forma especial de observação, na qual o investigador não é meramente um observador passivo, podendo assumir variados papéis no estudo de caso, inclusive participar nos fenómenos a serem estudados. É de salientar que este procedimento de observação apresenta várias oportunidades para o investigado, sendo de destacar:

“A oportunidade mais comum relaciona-se com a sua habilidade de conseguir permissão para participar de eventos ou de grupos que são, de outro modo, inacessíveis à investigação científica. (...). Outra oportunidade muito interessante é a capacidade de perceber a realidade do ponto de vista de alguém

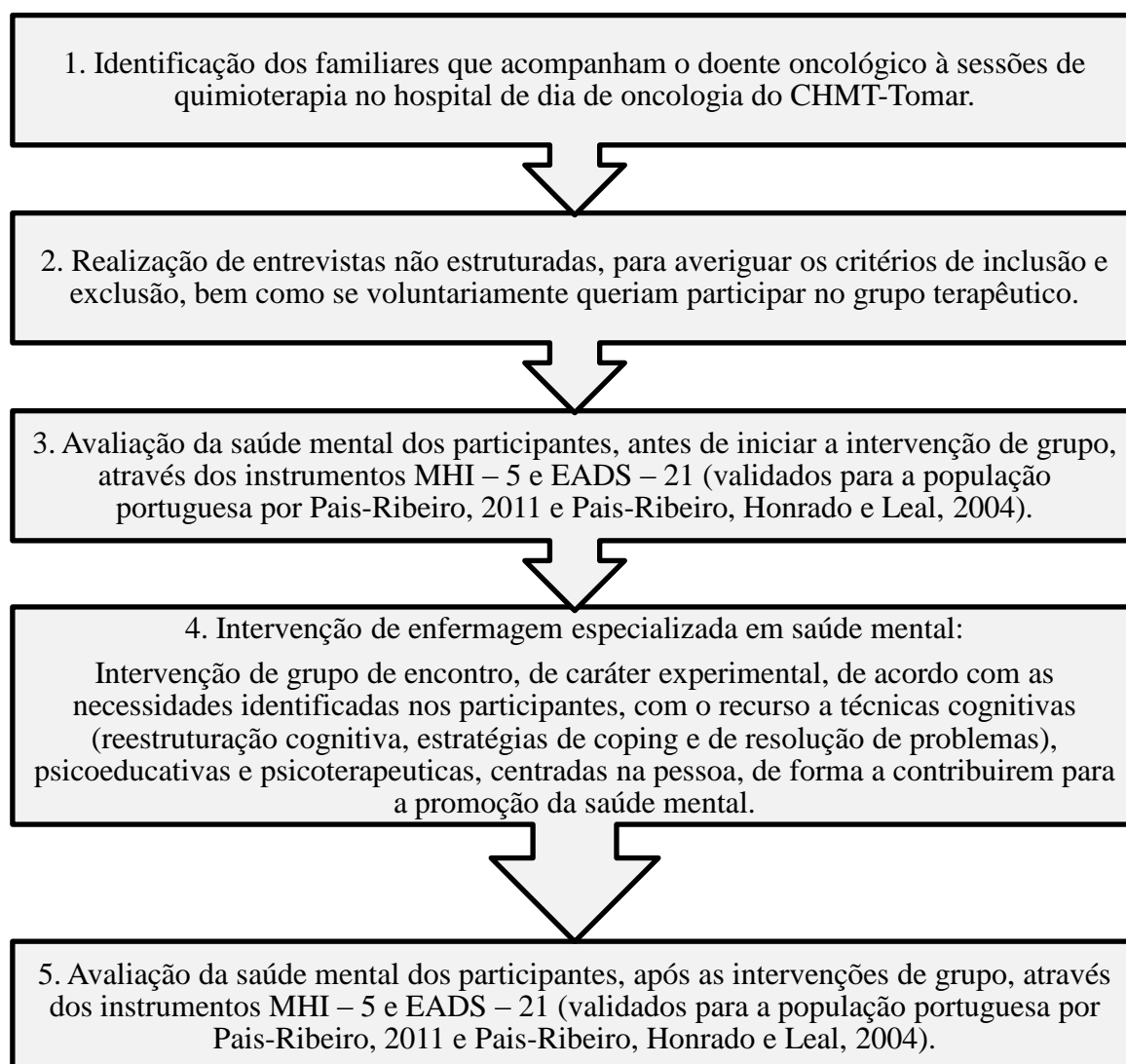
²⁴ De acordo com Colás (1998, citado por Aires, 2011, p.38), o grupo de discussão “baseia-se na produção de discursos orais de determinado grupo social, possibilitando uma representação em que se reflete a dinâmica de uma realidade: normas, valores, interações sociais, perspectivas da realidade, etc.”

de “dentro” do estudo de caso, e não de um ponto de vista externo” (op. cit., p. 116).

Para Meirinho et al. (2010), apesar da interferência do investigador no estudo de caso ser um problema, a aproximação à realidade dos dados, a compreensão mais adequada das motivações das pessoas e maior facilidade na interpretação das variáveis do campo de estudo constituem grandes vantagens da observação participada.

2.5.1. Desenho de investigação

Face ao exposto anteriormente, foi constituído um grupo de encontro, heterogéneo e fechado, composto por 4 elementos, em idade adulta, familiares de pessoas com doença oncológica a realizar quimioterapia, no hospital de dia de oncologia do CHMT, unidade de Tomar. Esta intervenção teve a duração de 4 sessões semanais de 2 horas cada.



2.5.2. Instrumentos de colheita de dados

Efetuiu-se a caracterização da amostra em três passos: primeiro foi aplicado um jogo psicológico, “O meu brasão pessoal” (ANEXO IX), para realizar a caracterização socio-demográfica (idade, estado civil, grau de parentesco com o familiar doente).

No segundo passo foi aplicado o instrumento EADS-21 (ANEXO II), validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal em 2004. A versão original apresentava 42 itens, contudo foi apresentada uma versão reduzida de 21 itens, visto as versões reduzidas serem mais vantajosas em psicologia da saúde, dado as populações alvo estarem fragilizadas e os momentos de avaliação puderem constituir uma sobrecarga.

De acordo com os autores supracitados, a ansiedade e a depressão são nitidamente diferentes da perspetiva fenomenológica, no entanto empiricamente tem sido difícil separar os dois conceitos. Desta forma, a escala de EADS tem como objetivo avaliar empiricamente a ansiedade, depressão e stress através do modelo tripartido, agrupando-se em três estruturas básicas. A primeira estrutura designada por distress ou afeto negativo, engloba sintomas inespecíficos, que são vivenciados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos, e incluem, ainda, humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. É ainda avaliada a tensão somática e a hiperatividade que são sintomas específicos da ansiedade e a anedonia e a ausência de afeto caraterísticos da depressão (Watson et al., 1995 citado por País-Ribeiro et. al., 2004).

Neste sentido, a escala de EADS caracteriza a dimensão da depressão pela perda de autoestima e de motivação, estando associada à perceção de baixa probabilidade de alcançar os objetivos de vida significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A dimensão da ansiedade evidencia a ligação entre o estado persistente de ansiedade e resposta intensa de medo. Por fim, a dimensão stress sugere estados de excitação e tensão duradouros, com baixo nível de tolerância à frustração (País-Ribeiro et al., 2004).

Cada uma destas dimensões constitui uma subescala da escala EADS, constituídas por sete itens cada. Para cada frase o participante tem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert com quatro pontos de gravidade ou frequência,

que variam entre “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas das vezes” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, sendo estes dados inerentes a sintomas emocionais negativos sentidos na última semana. Os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens, sendo fornecidas três notas por cada uma, em que o valor mínimo é 0 e o valor máximo é 21. Os valores mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos (op. cit.).

No terceiro passo foi aplicado o instrumento MHI – 5 (ANEXO III), validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro em 2011. O MHI é um instrumento desenvolvido para se aplicar à população em geral, com o objetivo de identificar os aspetos negativos e positivos da saúde mental, diferenciar indivíduos com mais e menos saúde mental e fornecer indicações para rastreio de doença mental.

A versão original é constituída por 38 itens, sendo utilizada para o presente estudo a versão reduzida constituída por 5 itens, incluindo os itens 11, 17, 19, 27 e 34, sendo que o item 11 avalia a ansiedade, o item 17 e 34 avaliam o afeto positivo, o item 19 avalia a depressão e o item 27 avalia a perda de controlo emocional e comportamental (Pais-Ribeiro, 2011).

A aplicação do MHI-5 obedece ao cumprimento de um protocolo, sendo um questionário de autorresposta que pode ser aplicado individualmente ou em grupo. Deve ser explicado aos participantes que não existem respostas certas ou erradas, pedindo que sejam sinceros. Pode ser preenchido na presença ou na ausência do terapeuta e não tem limite de tempo (op. cit.).

As respostas são dadas numa escala constituída por 6 níveis, na qual a opção mais à esquerda corresponde a “sempre”, sendo atribuída a cotação de 6 e a opção mais à direita corresponde a “nunca”, sendo atribuída a cotação de 1, variando as cotações entre um valor mínimo de 5 e um valor máximo de 30. As pontuações mais elevadas correspondem a mais saúde mental (menos ansiedade, depressão e perda de controlo emocional, e mais afeto positivo e laços emocionais) (op. cit.).

Os resultados finais devem ser transformados numa nota de 0 a 100, devendo para isso utilizar-se o seguinte algoritmo:

Nova pontuação = $100 \times (\text{pontuação bruta} - \text{pontuação mais baixa possível}) / (\text{variação da pontuação})$

Variação da pontuação = pontuação mais alta possível - pontuação mais baixa possível

Na interpretação dos resultados é considerado o ponto de corte de 52 pontos para a existência de sintomas graves e de 60 pontos para a existência de sintomas moderados (País-Ribeiro, 2011).

2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O desenvolvimento do processo de investigação, preenchimento dos instrumentos e a intervenção especializada em saúde mental, decorreram durante o mês de Junho do ano de 2013, sendo previamente agendadas as sessões para os dias 4, 11, 18 e 25 (terça-feira) do referido mês, a realizadas na sala de reuniões do serviço de psiquiatria internamento do CHMT (Convite em ANEXO X).

De acordo com Fortin (2003), a utilização de seres humanos como sujeitos de investigação pode por vezes causar danos dos direitos e liberdade das pessoas, sendo de grande importância tomar todas as diligências necessárias para assegurar os cinco princípios ou direitos fundamentais determinados pelo código deontológico que são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

Neste sentido teve-se em atenção a importância e implementação dos aspetos acima enunciados na aplicação do estudo, sendo para isso, e de acordo com a norma interna IT.ETI.001.00 do CHMT, que diz respeito à obtenção de parecer para a realização de estudos, enviado um pedido formal (ANEXO XI) para a comissão de ética do CHMT para se proceder à execução do estudo (resposta ANEXO XII). Foi ainda dado conhecimento ao enfermeiro chefe dos objetivos do estudo e acordados os dias mais pertinentes para a realização das sessões.

Na primeira sessão foram explicados os objetivos do estudo aos participantes, de modo a que de livre vontade, pudessem escolher participar ou não, tendo sempre em atenção

os direitos e as responsabilidades mútuas, com o intuito de assegurar os aspetos éticos na realização do estudo. Como se tratava de uma intervenção em grupo, foi ressaltado o aspeto da confidencialidade dentro do mesmo, fazendo parte da dinâmica de encerramento de cada sessão a frase “O que é dito dentro do grupo, fica no grupo!”, de forma a promover a confiança entre todos os intervenientes. Face ao exposto, foi pedido que assinassem um contrato terapêutico (ANEXO XIII), que foi lido em voz alta e esclarecidas as dúvidas, sendo posteriormente assinado pelas quatro participantes.

Os instrumentos de avaliação foram preenchidos na primeira sessão, dia 4 de Junho e na última sessão, dia 25 de Junho, sendo também lidos em voz alta e disponibilizada a presença do investigador para o esclarecimento de qualquer dúvida.

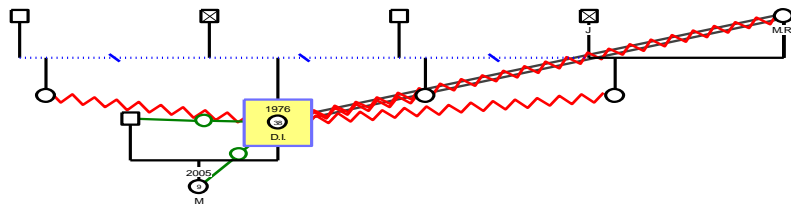
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

QUADRO II. 1 – História de enfermagem dos sujeitos em estudo

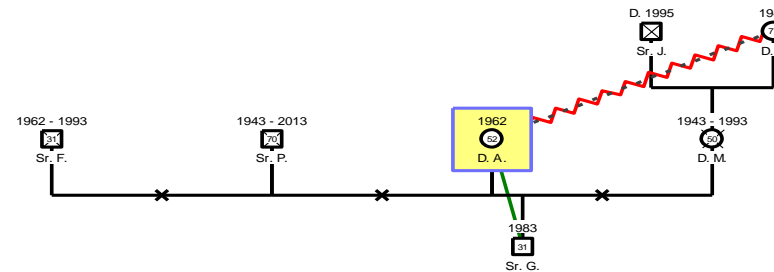
Caso A (D. I)	Caso A (D. A)
<p>Com 37 anos de idade, é filha de uma cliente com 65, com neoplasia do cólon diagnosticado à cerca de 1 ano. Apesar de ter mais três irmãs, é a principal cuidadora informal da sua mãe, que devido à diminuição da autonomia causada pelos tratamentos de quimioterapia, foi morar para sua casa. O agregado familiar, atualmente é constituído pela cliente, pela sua filha de 5 anos, pelo seu marido e pela sua mãe, facto que tem vindo a alterar a dinâmica familiar.</p> <p>Relativamente à história familiar a D. I. verbalizou negligência durante a infância por parte da sua mãe e padrasto, que apresentavam consumos elevados de álcool. Referiu também que a sua família era disfuncional, devido a comportamentos promíscuos da sua mãe, sendo as quatro irmãs filhas de pais distintos.</p> <p>Relativamente ao exame mental, a D. I. apesar de apresentar idade aparentar semelhante à idade real, tinha uma apresentação pessoal descuidada. Apresentou uma motricidade livre, com uma postura tensa. Não apresenta alterações a nível do pensamento e percepção. O discurso era maioritariamente negativista, mas utilizava frases humorísticas como estratégia de defesa pessoal, sendo pouco congruente com o humor deprimido que apresentava. Observaram-se períodos de labilidade emocional e choro fácil. Apresentava inquietação e manuseamentos. Tinha um fâcies triste e contato fácil. Verbaliza alguns lapsos de memória. Constatou-se alteração do instinto de conservação, verbalizando algumas ideias de morte. Referiu insónia, aumento do consumo de tabaco e café.</p>	<p>Com 51 anos de idade, é companheira e principal cuidadora informal de um cliente com neoplasia do pulmão diagnosticado a aproximadamente 5 anos. Não têm filhos comuns, mas o marido tem um filho de um casamento anterior que, apesar de terem um bom relacionamento, ajuda apenas esporadicamente. O agregado familiar é constituído pela D. A e pelo companheiro. Atualmente está reformada, não tendo qualquer tipo de ocupação.</p> <p>Relativamente à história familiar, a doença oncológica apresenta uma conotação muito negativa para a D. A., uma vez que já tinha vivenciado a morte do pai, do seu primeiro marido (casados apenas 3 anos) e do cunhado, todos devido a doença oncológica. Refere ter o apoio familiar dos dois irmãos, no entanto, recusa-se a falar da sua mãe com quem tem uma relação conflituosa.</p> <p>No que concerne ao exame mental, apresentava idade aparente superior à idade real, com apresentação pessoal descuidada, verificando-se défices a nível do autocuidado. O vestuário era adequado à estação do ano. Tinha um humor deprimido, um fâcies pouco expressivo, contato superficial e comunicativa apenas se interpolada. Com discurso evasivo e postura retraída. Contudo aquando da entrevista, apresentou choro fácil e verbalizou sentimentos de desesperança. Verbaliza vários medos, referindo-se à morte através da palavra “bicha”. Não utiliza preto no vestuário porque “Pode chamar a bicha!”. Apresenta inquietação e manuseamentos. Referiu insónia inicial e tardia, contudo muitas vezes “meto-me na cama porque tenho medo do que pode</p>

Está reformada parcialmente, devido a patologia na coluna que a incapacita de realizar alguns trabalhos. Abdicou de um trabalho como podologista para cuidar da sua mãe, sendo estes, também, motivos de sobrecarga com a situação, tendo referido “não tenho escape nenhum”. Durante a entrevista, verbalizou interesse em adquirir estratégias para gerir a situação “Preciso de ajuda para ultrapassar isto!”, demonstrando ter crítica para a sintomatologia apresentada.



vir!”. Instinto de conservação preservado.

Durante a entrevista verbalizou aceitar participar no grupo terapêutico.



Caso C (D. AD)

Com 74 anos de idade, é casada à 49 anos com um cliente da mesma idade com neoplasia do cólon, diagnosticado aproximadamente 18 meses, sendo a sua principal cuidadora informal. Não têm filhos, porque com cerca de 30 anos foi-lhe diagnosticado uma neoplasia do colo do útero, tendo que fazer histerectomia, facto que a D. AD. refere ter ultrapassado. Apesar de a autonomia do seu marido não estar muito comprometida, o facto de o marido poder “partir antecipadamente”, é fator de grande sofrimento mental. Atualmente está reformada, a sua profissão era professora primária, motivo de grande orgulho por parte da mesma. Contudo tem uma ocupação como voluntária no santuário de Fátima, mantendo-se muito ativa, “se não fosse a minha fé, não conseguia encarar esta situação sozinha!” O agregado familiar é composto pela D. AD. e pelo seu marido.

Relativamente à história familiar refere ter tido uma “infância maravilhosa!”, falando dos seus pais com muito carinho. Refere que há cerca de 20 anos ficou a tomar conta do seu pai que, devido a doença oncológica, viu a sua autonomia ser reduzida, tendo que ir morar para casa da D. AD. Apesar de ter nesta altura desenvolvido alguns conflitos com o seu pai, devido à sobrecarga, refere “resolvi

Caso A (D. S)

Com 42 anos de idade, é filha de uma cliente com neoplasia do cólon, diagnosticada à 1 ano, tendo o apoio do seu irmão para prestar os cuidados à sua mãe. Após a cirurgia, a sua mãe ficou com uma colostomia. Visto a profissão da D. S. ser enfermeira, a sua mãe foi morar para sua casa, facto que alterou toda a sua dinâmica familiar. A filha de 12 anos, foi dormir para o quarto de casal para instalar a mãe no quarto da sua filha. O agregado familiar é constituído pela D. S., pelo marido, pela filha e pela sua mãe.

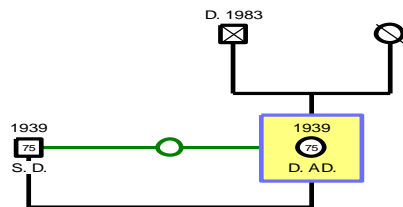
Relativamente à história familiar, refere que teve uma infância “muito boa!”, contudo na adolescência teve algumas dificuldades em resolver situações de conflito com os seus colegas, facto que levou a uma diminuição da auto estima e insegurança pessoal, facto que ainda hoje se mantém. Sem antecedentes de doença na família, sendo esta uma situação nova para a D. S..

No que concerne ao exame mental, apresentava uma idade aparente igual à idade real, com uma apresentação pessoal cuidada. O humor subdeprimido, fácies expressivo, contato fácil e comunicativa. Com discurso rico. Referiu dificuldade em gerir a situação de dependência da sua mãe, porque apesar de ser enfermeira e ser

tudo na altura certa!”.

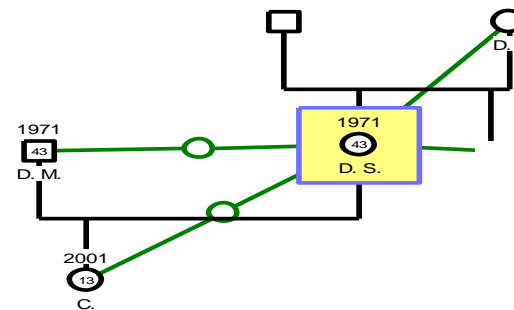
No que concerne ao exame mental apresentava uma idade aparente correspondente à idade real, com uma apresentação pessoal cuidada. Aquando da entrevista estava calma, com humor subdeprimido, fâcias expressivo e contato fácil. Quando abordada relativamente à situação do marido apresentou períodos de choro fácil, referindo sentir “uma grande solidão”, “por vezes sento-me no banco do jardim a chorar sozinha porque não quero fazê-lo em frente ao meu marido!”.

Durante a entrevista verbalizou interesse em participar nas sessões, “vai ser bom poder partilhar o que sinto (...), e saber que não estou sozinha!”. A D. AD: faltou à terceira intervenção, por motivos pessoais, tendo avisado previamente como estava previsto no contrato terapêutico.



expectável por parte da sua família que os cuidados recaíssem sobre si, para ela era-lhe muito difícil ver a sua mãe naquela situação, sentindo solidão e incompreensão por parte da família. Com insónia inicial.

Durante a entrevista verbalizou interesse em participar nas sessões, “vai ser bom poder falar!”.



3.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Segundo Sequeira (2006, p. 15), a pessoa ou grupo é o sujeito alvo do processo de cuidados, visto considerar-se que,

“a pessoa é um ser em autodesenvolvimento desde o nascimento até à morte e na qual o enfermeiro pode intervir, através do cuidar, visando sempre a autonomia do sujeito alvo dos cuidados, estimulando as suas capacidades de modo a colocá-las ao serviço do seu desenvolvimento e da sua qualidade de vida”.

Neste sentido, foram elaborados os seguintes focos de enfermagem de acordo com a CIPE versão 2 (OE, 2011).

QUADRO II. 2 – Diagnóstico de enfermagem no primeiro momento.

Caso A (D. I.)	Caso B (D. A.)	Caso C (D. AD)	Caso D (D. S.)
Bem-estar psicológico comprometido (MHI – 5: 28 pontos)	Bem-estar psicológico comprometido (MHI – 5: 44 pontos)	Bem-estar psicológico comprometido (MHI – 5: 68 pontos)	Bem-estar psicológico comprometido (MHI – 5: 68 pontos)
“Saúde: Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência”, CIPE versão 2 (OE, 2011, p. 41).			
Ansiedade (EADS- 21: 8 pontos)	Ansiedade (EADS- 21: 13 pontos)		Ansiedade (EADS- 21: 2 pontos)
“Emoção Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”, CIPE versão 2 (OE, 2011, p. 39).			
Depressão (EADS- 21: 21 pontos)	Depressão (EADS- 21: 17 pontos)	Depressão (EADS- 21: 6 pontos)	Depressão (EADS- 21: 15 pontos)
“Emoção Negativa: Sentimentos de tristeza melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insônia”, CIPE versão 2 (OE, 2011, p.48).			
Stress (EADS- 21: 8 pontos)	Stress (EADS- 21: 19 pontos)	Stress (EADS- 21: 2 pontos)	Stress (EADS- 21: 2 pontos)
“Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado a dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”, CIPE versão 2 (OE, 2011, p. 77).			

3.3. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

Durante o desempenho profissional dos enfermeiros, surgem fundamentalmente dois tipos de intervenções a realizar as autónomas e as interdependentes. As autónomas são da responsabilidade do enfermeiro, devendo ser prescritas com base numa abordagem holística do indivíduo

ou grupo e com o objetivo de detetar precocemente problemas, sejam estes reais ou potenciais, resolver ou minimizar problemas identificados e evitar riscos acessórios, pretendendo que os cuidados de enfermagem possibilitem às pessoas a obtenção de experiências promotoras de saúde (Sequeira, 2006).

Neste sentido, foram planeadas, de acordo com as necessidades identificadas nos participantes, quatro sessões de intervenção em grupo (ANEXO XIV), grupo de encontro, com o recurso a técnicas cognitivas (reestruturação cognitiva, estratégias de *coping* e de resolução de problemas), psicoeducativas e psicoterapêuticas centradas na pessoa, com o objetivo de promover a saúde mental. As intervenções planeadas têm como base a CIPE versão 2 e Sequeira (2006).

QUADRO II. 3 – Descrição da intervenção especializada realizada

SESSÃO	OBJETIVOS	PROCEDIMENTO/INTERVENÇÃO	TÉCNICAS
1	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os objetivos da intervenção terapêutica. • Monitorizar os problemas pessoais através da aplicação dos instrumentos de avaliação. • Estabelecer as regras dentro do grupo, assinando o contrato terapêutico. • Facilitar comunicação entre os participantes e terapeutas. • Promover o conhecimento interpessoal. • Melhorar a Saúde Mental dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir comunicação. • Disponibilizar presença. • Escutar ativamente. • Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos. • Orientar a pessoa na identificação de sentimentos e medos, partilhando-os em grupo. • Promover a expressão de sentimentos em grupo. • Promover suporte emocional. • Apoiar a tomada de decisão. • Incentivar a participação nas atividades de grupo. • Identificar com o participante estratégias de adaptação para participar na intervenção. 	<p>O grupo foi designado de “Às terças com saúde mental”. O grupo selecionado é heterogéneo, fechado e encontra-se na fase I de desenvolvimento – fase inicial ou de orientação. Nesta fase o diretor e o grupo trabalham juntos para estabelecer as regras que vão reger o grupo, sendo estabelecidos os seus objetivos. Os membros são apresentados uns aos outros (Townsend, 2011).</p> <p>Neste sentido, foi realizado o esclarecimento dos objetivos do grupo terapêutico e das sessões. Apresentação do terapeuta, co-terapeuta e participantes através do jogo psicológico “o meu braço pessoal”, utilizando também, este jogo, para explorar sentimentos negativos, medos, dúvidas, preocupações e estratégias de coping utilizadas pelos participantes em situações passadas. Avaliação da sessão através da dinâmica de grupo “novelo de lã”, convidando os participantes a expressar expectativas, mensagens positiva e caracterização da sessão numa palavra.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar problemas pessoais com recurso a instrumentos de avaliação. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação entre os elementos do grupo. • Promover a partilha e encontro visando a aquisição de estratégias para lidar com a situação de familiares com doença oncológica, permitindo a expressão de sentimentos, preocupações e dúvidas. • Promover o conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>. • Promover o auto-conhecimento. • Incentivar os participantes a pensarem de forma mais positiva. • Melhorar a Saúde Mental dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar problemas pessoais com recurso a instrumentos de avaliação. • Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos. • Demonstrar técnica de relaxamento. • Promover a expressão de sentimentos. • Encorajar as afirmações positivas. • Facilitar a capacidade para desempenhar um papel. • Facilitar a capacidade para falar sobre o processo de morrer. • Ensinar técnicas de adaptação: <ul style="list-style-type: none"> ↳ Ajudar o participante a avaliar objetivamente sua situação, comportamento e estratégias para gerir a situação atual; ↳ Identificar com o participante estratégias de <i>coping</i> utilizadas no passado. ↳ Ajudar a identificar fatores precipitantes de agravamento da situação. 	<p>Segundo as fases de desenvolvimento de um grupo de Bennis e Shepard, encontram-se na 1ª fase (dependência/autoridade) e na 3ª subfase (resolução e catarse). Nesta fase o grupo começa a compreender o seu funcionamento e gera-se um sentimento de alívio que proporciona a catarse dos seus elementos. Surge uma sensação de alegria em pertencer ao grupo e os seus elementos começam a avaliar a pertença ao grupo como algo positivo e gratificante. Nesta fase a intervenção do moderador adquire menos ênfase e de forma progressiva vai terminar a dependência face ao mesmo (Guerra et al., 2005).</p> <p>Neste sentido, foi realizado o jogo psicológico “O agente de viagens”, com o objetivo de capacitar os participantes com uma estratégia de <i>coping</i> (relaxamento por imaginação guiada) explorando, os sentimentos positivos produzidos por um cenário prazeroso a cada pessoa. Segundo Villemure e Bushnell (2002, citado por Kwekkeboom, Kneip & Pearson, 2003), a imaginação guiada é uma técnica cognitivo-comportamental que consiste em criar imagens mentais agradáveis possibilitando ao doente gerir os seus sentimentos, produzindo um estado de relaxamento que influencia o seu humor e o seu estado emocional. Para Hart (2008) esta técnica cria imagens positivas que produzem benefícios emocionais que se repercutem a nível físico. Apresenta várias vantagens na sua utilização, quando praticada regularmente diminui a dor e a ansiedade, reduzindo consequentemente a necessidade de utilização de fármacos; depois de capacitados os doentes com esta técnica, podem utilizá-la autonomamente, originando sentimentos de autodomínio e controlo; é possível praticar esta técnica em diferentes contextos e não acarreta custos para o doente (op. cit.).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação entre os elementos do grupo. • Promover a partilha e encontro visando a 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar terapia de validação <ul style="list-style-type: none"> ↳ Orientar a pessoa na identificação de sentimentos e medos. ↳ Orientar a pessoa na identificação de sentimentos e medos. 	<p>De acordo com as fases de desenvolvimento de um grupo, de Bennis e Shepard, o grupo encontra-se na 2ª fase (interdependência/intimidade) e na 3ª subfase (validação e catarse final). Nesta fase o grupo reflete a capacidade de escuta e o interesse pelas diferenças entre os seus</p>

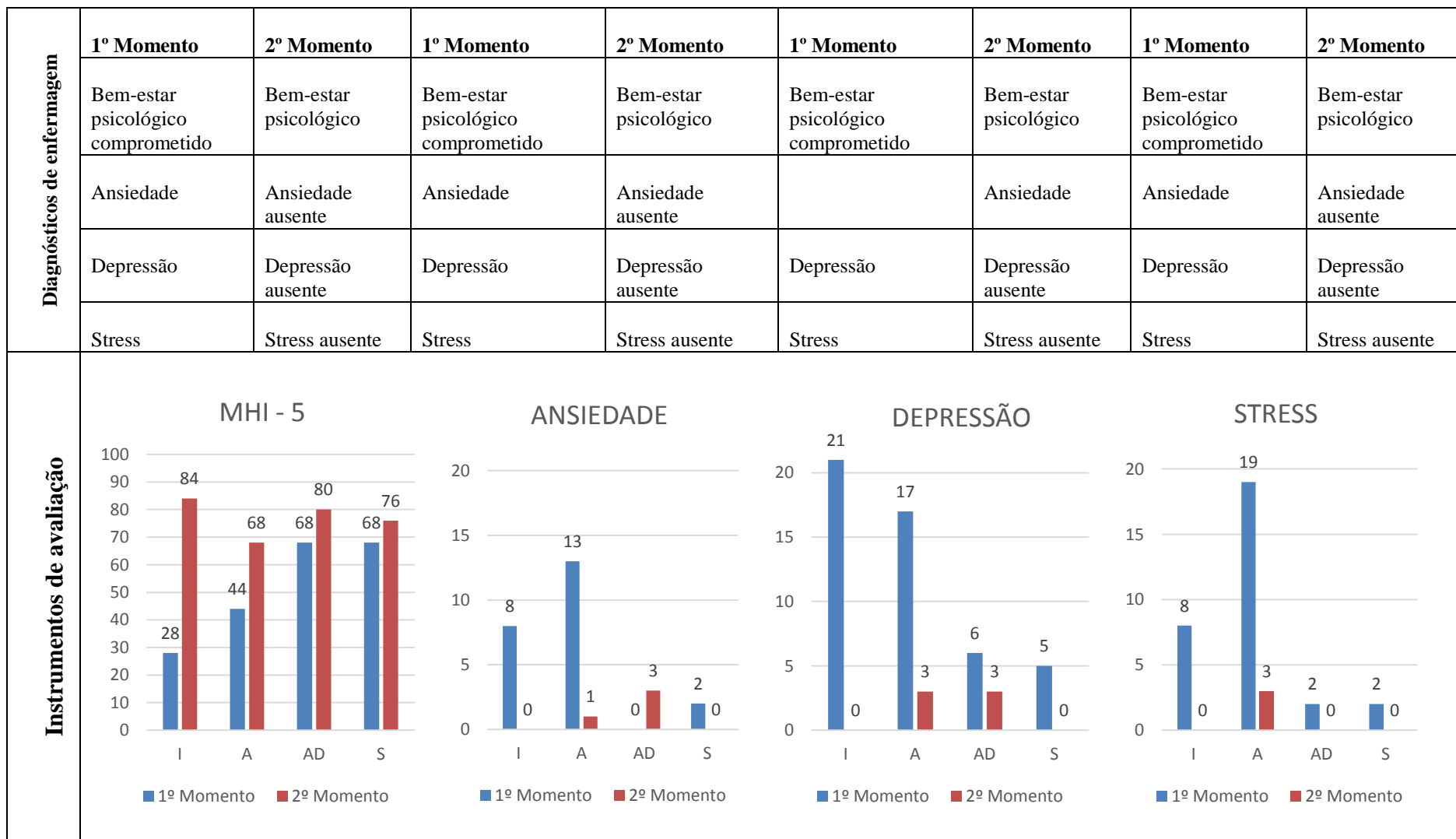
<p>3</p>	<p>aquisição de estratégias para lidar com a situação, permitindo a expressão de sentimentos, preocupações e dúvidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>. • Promover o reconhecimento do papel das famílias no processo terapêutico. • Promover o auto-conhecimento. • Incentivar os participantes a pensarem de forma positiva. • Melhorar a Saúde Mental dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a expressão de sentimentos. • Encorajar as afirmações positivas. • Facilitar a capacidade para desempenhar um papel. • Facilitar a capacidade para falar sobre o processo de morrer. • Ensinar técnicas de adaptação: <ul style="list-style-type: none"> ↳ Ajudar a avaliar objetivamente sua situação, comportamento e estratégias para gerir a situação atual; ↳ Identificar estratégias de <i>coping</i> utilizadas no passado. ↳ Ajudar a identificar fatores precipitantes de agravamento da situação. 	<p>elementos, emergindo novas formas de comunicação. São abordados temas mais pessoais e de relações humanas, num ambiente de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal. O grupo sente que valeu a pena e transpõe para o exterior do grupo as aprendizagens alcançadas (Guerra et al., 2005).</p> <p>Neste sentido, foi realizado o jogo psicológico “Saco dos sentimentos positivos”, com o objetivo de promover o autoconhecimento dos participantes, incentivando cada elementos a partilhar os seus sentimentos com o grupo, refletindo positivamente sobre os mesmos, substituindo sentimentos negativos por sentimentos positivos.</p>
<p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar os problemas pessoais através da aplicação dos instrumentos de avaliação. • Promover a interação entre os elementos do grupo. • Incentivar os participantes a pensarem de forma mais positiva. • Melhorar a Saúde Mental dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos. • Ensinar técnicas de adaptação: <ul style="list-style-type: none"> ↳ Ajudar o participante a avaliar objetivamente sua situação, comportamento e estratégias para gerir a situação atual; ↳ Ajudar a identificar fatores precipitantes de agravamento da situação. • Demonstrar técnica de relaxamento. 	<p>Realização da dinâmica de grupo “Terapia do abraço”, promovendo o bem-estar físico e psicológico, bem como a consolidação das relações interpessoais, através do toque terapêutico. De acordo com Keating (2012), o toque físico é necessário tanto para o bem-estar físico como emocional. Sendo a base da prática de enfermagem, é reconhecido como uma ferramenta essencial para ajudar a aliviar a dor, a depressão, a ansiedade e para estimular a vontade de viver dos utentes. Embora o toque terapêutico possa ser executado de múltiplas formas, a autora defende que o abraço é uma forma de toque que contribui para a cura e para a saúde. As suas vantagens são numerosas, sendo de destacar “acabar com a solidão”, “faz agente superar o medo”, “abre passagem para os sentimentos” e “constrói a autoestima” (op. cit.). Capacitação e treino do relaxamento por imaginação guiada, como estratégia de <i>coping</i>. Preenchimento dos instrumentos de avaliação, após as intervenções.</p>

3.4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

A avaliação da intervenção será realizada através da apresentação dos resultados obtidos num primeiro momento (antes da intervenção em grupo) e posteriormente os resultados obtidos num segundo momento (após a intervenção em grupo). Sendo, seguidamente comparados os valores obtidos nos instrumentos de avaliação, quer no primeiro momento quer no segundo momento de modo a se poder perceber a eficácia da intervenção especializada em saúde mental pelos familiares de pessoas com doença oncológica.

QUADRO II. 4 - Resultados obtidos e avaliação da intervenção grupos de encontro no primeiro e segundo momento da intervenção

	Caso A. (D.I.)	Caso B (D. A.)	Caso C (D. AD.)	Caso D (D. S).
Exame mental	A evolução da D. I. ao longo das sessões foi evidente. Observou-se uma apresentação pessoal mais cuidada, tendo-se maquilhado. Com a motricidade livre. Um discurso adequado sem utilização de expressões humorísticas. Calma. Com humor eutímico, fâcies expressivo, sem períodos de choro fácil e postura adequada. Discurso sem alterações. Com perspetivas de futuro. Referiu maior facilidade em gerir a situação. Sem alteração do padrão do sono.	Ao longo das sessões a evolução da D. A. foi patente. Constataram-se bons cuidados de higiene e apresentação pessoal cuidada. Com humor eutímico, sem períodos de choro fácil e com maior facilidade em falar da morte sem recorrer a metáforas. Postura menos retraída tomando, por vezes, a iniciativa em partilhar os seus sentimentos. Contudo mantém um grande medo da morte. Foi capaz de verbalizar algumas atividades que gostava de realizar ainda com o marido. Sem alteração do padrão do sono, deixando de se isolar no leito.	Ao longo das sessões a D. AD. manifestou algumas mudanças especialmente a nível do humor, sendo eutímico. Sentiu-se útil, uma vez que partilhava as suas estratégias de adaptação com o grupo, sentindo-se incluída e diminuindo a sua solidão. Sem períodos de choro fácil, contudo verbaliza medo em perder “o companheiro de uma vida!”.	Ao longo das sessões a D. S. manifestou algumas mudanças especialmente a nível do humor, sendo eutímico. Referiu que se sentia menos sozinha e mais compreendida, percebendo que os seus sentimentos eram comuns. A sua comunicação familiar melhorou, uma vez que articulou com a família a partilha dos cuidados à sua mãe. Sem alteração do padrão do sono.



Como podemos observar, todos os parâmetros dos instrumentos aplicados diminuíram consideravelmente. Com exceção da D. AD., que na segunda avaliação, aumentou o score da ansiedade, podendo esta situação estar associada à ausência na terceira sessão, realçando, no entanto, que o stress e a depressão diminuíram.

MHI- 5 é um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental, considerando três itens que pertencem à escala de distress e dois à escala de bem-estar psicológico. De acordo com os dados acima apresentados, as pessoas que participaram no grupo de encontro, manifestaram evolução franca a nível da sua saúde mental (ver pontuação final antes e depois). A D. I. e a D. A., apresentaram no início pontuação indicadora de sintomas graves em termos de saúde mental atendendo a que o ponto de corte é de 52 pontos, sendo a mudança acontecida na D. I. a mais relevante.

Face ao exposto, podemos afirmar que todas as pessoas passam a beneficiar do programa de intervenção com grupos de encontro instituído, validando a observação e avaliação efetuadas e indo ao encontro dos resultados encontrados nos instrumentos aplicados.

Não foi utilizada uma análise estatística devido ao reduzido número de participantes e, uma vez que o principal objetivo da investigação era perceber se existiam diferenças na evolução da saúde mental dos sujeitos antes e depois da intervenção, bem como desenvolver um programa que tivesse um impacto positivo nestas pessoas.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o objetivo de dar resposta à questão de investigação “Qual o impacto dos grupos de encontro na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica face ao processo de doença?”, antes da intervenção especializada em saúde mental, bem como no final da mesma, foram aplicados os instrumentos de avaliação MHI – 5 e EADS – 21, de modo a avaliar a saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica, através dos focos de enfermagem ansiedade, depressão, stress e bem-estar psicológico.

Santos, Pais-Ribeiro e Lopes (2006), ao realizarem a adaptação para a população portuguesa da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar, referiram que a família experiêcia a situação de stress resultante da doença exatamente como a pessoa doente, sendo impreterível o conhecimento do seu processo de adaptação psicossocial para uma melhor interação com a pessoa doente e manutenção da qualidade de vida de ambos.

Assim, face aos resultados obtidos na EADS – 21, e tendo em atenção que os valores mais elevados correspondem a estados efetivos mais negativo, com exceção da D. AD., no primeiro momento de avaliação todos os elementos do estudo apresentavam estados elevados de depressão e stress, tendo a ansiedade valores mais baixos. Segundo Toseland et al. (1995, citado por Afonso, 2011), concluem, com base num conjunto de estudos, que os familiares de pessoas com doença oncológica vivenciam elevada sintomatologia depressiva e psicossomática, ansiedade, restrição nos seus papéis e atividade, tensão relacional e diminuição da saúde física. De facto, de acordo com Fernandes (2009) as emoções intrínsecas à doença oncológica podem relacionar-se com experiências passadas, como por exemplo diagnósticos anteriores, prognósticos e personalidade prévia de cada indivíduo, considerando Hilton (1996, citado por Afonso, 2011) pertinente ter em atenção que os sentimentos negativos podem não surgir logo aquando o diagnóstico, mas ao longo do percurso evolutivo da doença.

É de realçar os valores de stress existentes na D. A., esposa de um senhor com neoplasia do pulmão. Para Rey e Avelar (2000, citado por Afonso, 2011), é o conjugue que experiência uma situação de maior stress aquando o diagnóstico de doença oncológica, visto a doença surgir como um agente que implica a aquisição de estratégias para lidar com a mesma, podendo estas ser favoráveis ou não. De acordo com Afonso (2011), a doença oncológica é uma situação que implica a aquisição de estratégias específicas com o objetivo de promover uma melhor adaptação, visto que de acordo com País-Ribeiro e Rodrigues (2004), em situações de doença observa-se, que grande parte das vezes as estratégias de *coping* de evitamento, como por exemplo a negação, o distanciamento e a fuga do problema, estão associadas a um elevado sentimento de angústia que pode levar, posteriormente, a um fator de risco para respostas adversas de stress.

No que concerne aos resultados obtidos pela aplicação do MHI – 5 é de salientar que metade da nossa amostra em estudo apresentava valores de inferiores a 52 pontos (ponto de corte do instrumento), significando que no primeiro momento apresentavam sintomas graves de sofrimento psicológico. Abreu (2008), realizou um estudo observacional-analítico, composto por uma amostra de 167 familiares de pessoas com doença oncológica, concluindo que os familiares que foram estudados apresentavam o dobro da percentagem de sofrimento psicológico que os valores registados, pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/06, na população residente em Portugal Continental. No mesmo estudo é ainda concluído que o aumento da prevalência de possível sofrimento psicológico nos familiares de doentes oncológicos analogamente à população em geral, só por si, é um dado irrefutável que permite afirmar que esta população alvo merece uma atenção especial por parte dos serviços de saúde, em particular devido ao potencial risco que apresentam relativamente à sua saúde mental.

No mesmo estudo, Abreu (2008), atribui ao facto de ter valores elevados de sofrimento psicológico, que a maioria da sua amostra (77,2%) não tinham o devido acompanhamento no âmbito das respostas formais ou que os familiares eram muitas vezes negligentes com a sua própria saúde mental, conferindo muitas vezes o seu sofrimento à situação do doente e a todo o stress que lhe é inerente desvalorizando o seu próprio sofrimento, não ponderando a necessidade de apoio especializado. Relativamente a esta temática, Vanderwerker, Laft, Kadan-Lottick, McColl e Prigerson

(2005), realizaram um estudo com 200 cuidadores de doentes oncológicos, concluindo que apenas 46% dos cuidadores com diagnóstico de patologia mental, procuravam ajuda especializada após o diagnóstico de doença oncológica realizado às suas pessoas significativas, sendo que as intervenções especializadas com maior frequência são, entre outras, a psicoterapia (37%) e grupos de apoio (14%), realizadas mais frequentemente pelos profissionais especializados em saúde mental.

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

O presente estudo teve origem na necessidade sentida em compreender de que forma os familiares de pessoas com doença oncológica vivenciam e se adaptam emocionalmente à situação de doença, uma vez que maioritariamente das vezes os cuidados prestados focalizam-se apenas na pessoa doente. Mas, principalmente, moveu-se pela motivação em prestar um melhor apoio na área da saúde mental, que muitas vezes é desvalorizada pelos próprios familiares.

O estudo teve como principal objetivo estudar o impacto dos grupos de encontro na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica, através dos focos de bem-estar psicológico, ansiedade, depressão e stress. A planificação e implementação de uma intervenção terapêutica com grupos de encontro, durante quatro semanas, permitiu que os intervenientes para além de terem um espaço pessoal para realizarem a catarse emocional, conseguissem reconhecer no outro semelhanças com a sua situação possibilitando que individualmente aumentassem o seu “insight”, desenvolvendo mais rapidamente estratégias adaptativas para fazer face às situações de stress e recuperarem a sua saúde mental.

Neste sentido, através dos resultados obtidos neste estudo foi possível inferir que na amostra em estudo, os grupos de apoio promoveram a saúde mental dos mesmos. Contudo, apesar do estudo ter sido realizado com uma amostra pequena, pretendeu-se especialmente, contribuir para a compreensão das implicações da doença oncológica nos familiares e a necessidade de um acompanhamento especializado em saúde mental por parte dos mesmos, incentivando novas investigações neste âmbito, bem como alertar o serviço de oncologia, onde foi realizada a prática especializada, para a necessidade da reestruturação dos cuidados, valorizando a inclusão da saúde mental nos cuidados prestados.

Como sugestões para futuros estudos considera-se, pertinente realizar o estudo junto de uma amostra mais extensa, de forma a recolher dados representativos que permitam realizar generalizações dos resultados obtidos. Seria, ainda interessante incluir variáveis

mais diversificadas, como a sobrecarga do cuidador, o ajustamento mental ao cancro por parte de um familiar, havendo já instrumentos validados para a população portuguesa, ou inclusive averiguar se existe relação entre o grau de parentesco e o sofrimento mental, no sentido de planificar uma intervenção mais eficaz.

No que concerne à intervenção realizada, considera-se que para futuros estudos seria importante aumentar o número de sessões em grupo, e criar paralelamente um grupo de controlo de forma a apurar a efetiva eficácia dos grupos de encontro. Sendo esta uma limitação do presente estudo, uma vez que devido ao tempo de execução da intervenção ser limitado foi apenas possível agendar quatro sessões, sem grupo de controlo.

Contudo, considera-se que os resultados obtidos com a realização do estudo se revestem de grande importância, demonstrando a pertinência de planificar e executar programas de intervenção que permitam a promoção da saúde mental por parte dos familiares de pessoas com doença oncológica e, conseqüentemente, promovam a aquisição de estratégias de *coping* adequadas, no sentido de garantir maior qualidade de vida quer dos familiares quer das pessoas com doença oncológica.

Por fim, podemos concluir que os resultados obtidos propulsionam a reflexão acerca da relevância e da necessidade de incluir e intervir no âmbito da saúde mental em contexto de doença oncológica.

CONCLUSÃO

O principal objetivo dos cuidados de enfermagem é ajudar o cliente a manter, melhorar e recuperar a saúde, permitindo-o alcançar a sua máxima capacidade funcional tão depressa quanto possível.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria é dotado de competências de âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional, psicossocial e socioterapêutico que lhe conferem a capacidade de desenvolver um juízo clínico singular, que lhe permite compreender os processos de sofrimento, as alterações e perturbação mental, bem como as suas implicações nos projetos de vida de cada cliente. Neste sentido, e fazendo face ao avanço do conhecimento científico é necessário que o EESMP alicerce a sua prática especializada nas novas descobertas da investigação, sendo proactivo em projetos que visem o aumento do conhecimento na sua área de especialização.

O presente relatório permitiu a análise crítica e fundamentada das intervenções desenvolvidas em contexto de ensino clínico, tendo recorrido à técnica de incidente crítico, que se revelou ser de grande importância para a sistematização, contextualização e fundamentação das competências especializadas adquiridas, espelhando o crescimento pessoal e profissional adquirido ao longo de todo este processo.

Relativamente à prática baseada na evidência, foi desenvolvido um estudo de investigação com um grupo de encontro, recorrendo a intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, no sentido de demonstrar a importância da promoção da saúde mental em áreas muito sensíveis como a oncologia. O estudo apresentado, estudo de caso múltiplo, assume-se como um estudo piloto para potenciar novas investigações nesta área e novas formas de intervenção.

A maior dificuldade sentida ao longo de todo o percurso de aquisição de competências especializadas prendeu-se com a diversidade de papéis que temos que assumir, mãe, esposa, profissional e estudante, num curto espaço de tempo, havendo muitas vezes a

necessidade a abdicar de um em prol do outro, sendo necessário um grande crescimento e conhecimento pessoal, de forma a alcançar a meta com saúde mental.

Face ao exposto, considero ter atingido todos os objetivos propostos no início do relatório, uma vez que foi realizada uma reflexão crítica e fundamentada de todas as intervenções desenvolvidas ao longo da prática especializada, demonstrando desta forma a aquisição de todas as competências exigidas ao EESMP preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARTE I

- Afonso, J.P. L. (2011). *Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress, ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente*. Tesis Doctoral. Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa: Braga.
- Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, (2012). *Promoção da saúde mental no local de trabalho: resumo de um relatório de boas práticas*. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/102>. Acedido em: 13 de Junho de 2013.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.
- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O. & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* (Rev Esc Enferm USP), 39 (2), 202 – 210.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Milleium*, (40), 185-199.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV – TR*. (1ª ed.). Lisboa: CLIMPSI-EDITORES.
- ARISCO, Instituição para a promoção social e da saúde, (2002). *Baralhações: um baralho de emoções*. Lisboa: Queiroplás.
- Barker, P. (2001). The tidal model: developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37 (3), 79-87.
- Beck, A. T. & Knapp, P. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre. Brasil.
- Capela, R.C. (2011). Riso e bom humor que promovem a saúde. *Revista Simbio-Logias*. 6 (4), 176-184.
- Capelo, F. (2001). Integração familiar e doença crónica incapacitante: uma abordagem rogeriana. Lisboa: *A pessoa como centro*. 8-26.

- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (PsiLOGOS)*, 6 (1), 8 – 18.
- Carvalho, C. S. U (2008). Revisão da literatura: A necessária atenção à família do doente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 54 (1), 97 – 102.
- Carvalho, A. R. M. (2010). *Relações interpessoais e desenvolvimento de equipas*. Recife: SEBRAE.
- Carvalho, J. C. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (8), 52 – 57.
- Centro Hospitalar Médio Tejo. (2011). *Regulamento: Serviço de Psiquiatria*. RG.PSI.001.00. Portugal: Tomar.
- Centro Hospitalar Médio Tejo. (2013). *Regulamento: Exercício de Enfermagem*. RG.GRL.021.01. Portugal: Tomar.
- Centro Hospitalar Médio Tejo (2014). *História*. Acedido em 18 de Fevereiro de 2014. Disponível em: http://www.chmt.min-saude.pt/Hospital/Historia/?sm=0_0.
- Comissão das Comunidades Europeias, (2005). Livro verde: melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia. Bruxelas.
- Conselho da Europa (2006). *Parentalidade Positiva*. Associação portuguesa para a igualdade parental e direitos dos filhos. Lisboa. Acedido a 21/01/2014. Disponível em: <http://igualdadeparental.org/pais/parentalidade-positiva/>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Suíça: Genebra.
- Conselho Internacional de Enfermeiros & Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2014). *Parecer sobre Bioética e Saúde Mental*. 77/CNECV/2014.
- Costa, R. & Patrão, I. (2006). *Stress e burnout em profissionais de saúde*. In Leal, I., Ribeiro, J.L.P. & Jesus, S. N.. Atas do 6º congresso nacional de psicologia da saúde: saúde, bem-estar e qualidade de vida. Lisboa: ISPA, 851-856.
- Currentnursing. (2014). *Nursing theory: Tidal Model*. Disponível em: http://currentnursing.com/nursing_theory/Tidal_Model.html. Acedido em: 11 de Fevereiro de 2014.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de Setembro (1996). Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). I Série – A. Nº 205 (96-09-04), 2959 – 2962.

- Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de Fevereiro (1999). Princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental, designados «serviços de saúde mental». I Série A. Nº 30 (99-02-05), 676-681.
- Deep, C. & Leal, I. (2000). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas. Lisboa: ISPA.
- Fachada, M.O. (2010). *Psicologia das relações interpessoais*. (1ª edição). Lisboa: Edições silabo.
- Fiorelli, J. O., Fiorelli, M. R. & Junior, M. J. (2008). *Mediação e solução de conflitos: teoria e prática*. São Paulo: Editora Atlas S.A..
- Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory*. Tesis Doctoral. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Freitas, M. J. B. S. & Parreira, P. M. D. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série. Nº 10, 171-178.
- Fritzen, S. J. (2000). Janela de Johari: Exercícios vivenciais de dinâmica de grupo, relações humanas e de sensibilidade. (17ª edição). Petropolis: Editora Vozes.
- Galera, S. A. F. & Luis, M. A. V. (2002). Principais conceitos da abordagem sistémica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Rev Esc Enferm USP)*, 36 (2), 141 – 147.
- Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Rev Esc Enferm USP)*, 40 (2), 286 – 291.
- Gomes, J. C. R. & Loureiro, M. I. G. (2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (1), 32 – 48.
- Gonçalves, O. (2006). *Terapias Cognitivas: Teorias e Prática* (5ª ed.). Lisboa: Edições Afrontamento.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correia, B. & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, (19), 1 - 8.
- Gonzales, R. I. C., Cassarin, S. N. A., Carili, M. H. L., Sasaki, C. M., Monroe, A. A. & Villa, T. C. S. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (2), 227 – 231.

- Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi- Editores.
- Hart, J. (2008). Guided Imagery. *Mary Ann Liebert, Inc. Publishers, Alternative and Complementary Therapies*, 14 (6), 295-299.
- José, H. M. G. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- José, H. M. G. (2008). *Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Tesis Doctoral. Universidade de Lisboa.
- Joyce-Moniz, L. (2010). *Hipnose, meditação, relaxamento, dramatização: técnicas de sugestão e auto-regressão*. Porto: Porto editora.
- Kwekkeboom, K.L., Kneip, J. & Pearson, L. (2003). A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain. *Pain Management Nursing*, 4 (3), 112-123.
- Kwekkeboom, K.L., Bumpus, M., Wanta, B. & Serlin, R. C. (2008). Oncology nurses' used of nondrug pain interventions in practice. *Journal of Pain & Symptom Management*, 35 (1), 83-94.
- K'Solito, T. K. (2009). *Cognitive behavioral techniques used to complement medication for improved pain control in cancer treatment*. Tesis Doctoral. University of South Carolina.
- Leal, I. P. (2000). *Entrevista clinica e psicoterapia de apoio* (2ª edição). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Leal, I. (2005). *Iniciação ás Psicoterapias*. Lisboa: Fim do Século Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.
- Lehtinem, V. (coordenador) (2008). *Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente*. Finland.
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Secção II: Do código deontológico do enfermeiro. Diário da Republica, I Série. Nº 180, 6547 – 6550.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Manes, S. (2003). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (3ª edição). Apelação: Paulus Editora. (Trabalho original em Italiano).
- Martins, M. C. A. & Fernandes, P. F. C. (2010). *O gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. Acedido em 16 de Fevereiro de 2014. Disponível em: repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11.
- Ministério da Saúde (2006). *Circular normativa: Regime de trabalho de horário acrescido – critérios*. Lisboa.

- Ministério da Saúde & Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde: indicadores e valores de referência*.
- Miranda, N. (2013). *Portugal doenças oncológicas em números – 2013, Programa Nacional para as Doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Moraes, L. M. P., Lopes, M. V. O. & Braga, V. A. B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 228 – 233.
- Mourão, C. C.S. (2012). Impacto da psicoeducação na ansiedade e perspetivas face à morte em médicos e enfermeiros de cuidados de saúde primários. In Sequeira, C.A.C. e Sá, L.O. (2012). *ASPESM. Da investigação à prática de enfermagem: atas do III congresso internacional da sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental*. Porto: suporte E-book. (558-573).
- Nicolussi, A. (2012). *Relaxamento com imaginação guiada: influencia sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com cancer durante o tratamento quimioterápico*. Tesis Doctoral. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo.
- Nunes, L. A. S. (1999). *O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Tesis Doctoral. Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.
- Observatório Português Sistemas de Saúde. (2012). *Relatório de Primavera 2012–Crise, saúde um país em sofrimento*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*.
- Ordem dos Enfermeiros, (2011b). *Cipe versão 2*. Portugal. (trabalho original em Inglês publicado em 2010).
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para acção*. Brasília: SESI/DN.
- País-Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de saúde mental*. (1º edição). Lisboa: Placebo, Editora Lda.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia. Saúde & Doenças*, 5 (2). 229-239.
- Pires, R. P. T. (2012). *Operacionalização de planos de enfermagem de reabilitação integrando a linguagem CIPE/SAPE*. Tesis Doctoral. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde: Bragança.

- Planeamento descritivo do 2º semestre. 2012-2014. *Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. IPL- Escola Superior de Saúde de Leiria. (2ª edição).
- Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. 2ª Série. Nº 35, 8648 – 8653.
- Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. 2ª Série. Nº 45, 8669 – 8673.
- Regulamento nº 167/2011 de 8 de Março (2011). Regulamento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica. Diário da República 2ª Série. Nº 47, 11114 - 11120.
- Ri, D. D., Bispo, E. W. & Santos, A. M. (2007). *Uma proposta interacionista: cuidando do portador de transtorno mental no domicílio*. Tesis Doctoral. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis.
- Ribeiro, L. C. M., Souza, A. C. S., Barreto, R. A. S. S., Neves, H. C. C. & Barbosa, M. A. (2012). Técnica de incidente crítico e o seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65 (1), 162 – 171.
- Sampaio, D. (1984). Terapia familiar sistémica: um novo conceito, uma nova prática. *Acta Médica Portuguesa*. (5), 67 – 70.
- Santana, A. F. O. (2011). *Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares*. Psicologia.PT. Acedido em 20 de Fevereiro de 2014. Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf.
- Santos, E. M. C. P. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Tesis Doctoral. Universidade do Algarve: Faro.
- Santos, M. R. (2014). A importância do Autoconhecimento nas relações de trabalho. Disponível em: <http://www3.mg.senac.br/nr/rdonlyres/emxcpkfo22vbazmuq36l xpzgrpmjksk72vs5lux5hgqvu2ww6qkmfgu7mbed32xukupqezz3f2q5bel/a+impot%E2ncia+do+autoconhecimento+nas+rela%E7%F5.pdf>. Acedido em: 1 Março de 2014.
- Santos, Z. M., Oliveira, V. L. & Pagliuca, L. M. (2004). Teoria de Pepelau: Análise crítica da sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. *Revista RENE Fortaleza*, 5 (2), 110 – 117.
- Shaufeli, W. B. & Buunk, B. P. (2003). *Burnout: Na overview of 25 yares of researche and theorizing*. In: The handbook of work and health psychology. Jonh Wiley & Sons, Ltd. 383 – 425.
- Teixeira, R. & Pereira, G. (2009). Promoção da saúde na doença oncológica: Intervenção de redução do stress baseada no *mindfulness*. *PSYCHOLOGICA*, (50), 253 – 275.

- Tidal Modal. (2014). *Tidal Model*. Disponível em: www.tidal-model.com. Acedido em: 11 de Fevereiro de 2014.
- Townsend, M. C. (2011), *Enfermagem em saúde mental e psiquiatria: conceitos e cuidados na prática baseada na evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.
- Valsecchi, E. A. S. S. & Nogueira, M. S. (2002). Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 10 (6), 819 – 824.
- Valsecchi, E. A. S. S. & Coimbra, J. A. H. (2013). Técnica de incidente crítico na pesquisa em enfermagem. *Seminário de pesquisa em enfermagem (17º SENPE2013) – O clássico e o emergente, desafios de pesquisa em enfermagem* (p. 02728-02730). Natal/Rio Grande do Norte.
- Varela, A. M. & Leal, I. (2011). A perturbação de pós-stress traumático e o sentido de coerência em mulheres com cancro da mama. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 15 – 19.
- World Health Organization, WHO. (2005). *Mental health: facing challenges, building solutions*. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.

PARTE II

- Abreu, S. G. S. R N. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Tesis Doctoral. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Afonso, J.P. L. (2011). *Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress, ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente*. Tesis Doctoral. Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa: Braga.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. (1ª edição). Universidade Aberta.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (PsiLOGOS)*, 6 (1), 8 – 18.
- Dooley, L. M. (2002). Case Study Research and Theory Building. *Advances in Developing Human Resources*. Sage publications, 4 (3), 335 – 354.
- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Tesis Doctoral. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3ª edição). Loures: Lusociência.

- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ª edição). São Paulo: Editora Atlas S.A..
- Gomes, J. C. R. (2012). *Promoção da saúde mental em espaço urbano*. Tesis Doctoral. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves M.J. (2010). *Manual de cuidados paliativos*. Núcleo de cuidados paliativos, Centro de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ªed.
- Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi- Editores.
- Hart, J. (2008). Guided Imagery. *Mary Ann Liebert, Inc. Publishers, Alternative and Complementary Therapies*, 14 (6), 295-299.
- Infopédia (2014). Dicionário da língua Portuguesa da Porto Editora – com acordo ortográfico. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>. Acedido em: 14 de Março de 2014.
- Keating, K. (2012). *The hug therapy book*. Estados Unidos: CompCare Publisheres.
(Paulo Rebouças trad. A terapia do abraço. São Paulo: Editora pensamento).
- Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte*. (P. Soares, Trad.) Cruz Quebrada: Estrela Polar. (Trabalho original em Inglês publicado em 1969).
- Kwekkeboom, K.L., Kneip, J. & Pearson, L. (2003). *A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain*. *Pain Management Nursing* 4 (3), 112-123.
- Laneiro, T. R. (2005). *O impacto dos grupos de encontro nos alunos da licenciatura em psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa*. Tesis Doctoral. Universidade autónoma de Lisboa, Lisboa.
- Macedo, A., Andrade, S., Moital I, Moreira, A, Pimentel, F., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N., & Bonfill, X. (2008). *Perfil da Doença Oncológica em Portugal. Racional, Objectivos e Metodologia – Estudo Perfil*. *Acta Médica Portuguesa*, (21), 329-334
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de educação*, 2 (2), 49 – 65.
- Mourão, C. C.S. (2012). Impacto da psicoeducação na ansiedade e perspetivas face à morte em médicos e enfermeiros de cuidados de saúde primários. In Sequeira, C.A.C. e Sá, L.O. (2012). *ASPESM. Da investigação à prática de enfermagem: atas do III congresso internacional da sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental*. Porto: suporte E-book. (558-573).
- Ordem dos Enfermeiros, (2011). *Cipe versão 2*. Portugal. (trabalho original em Inglês publicado em 2010).

- País-Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de saúde mental*. (1ª edição). Lisboa: Placebo Editora Lda.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do BRIEF COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3 – 15.
- Pereira, G., & Pereira, M. (2010). Morbilidade Psicológica e Coping Familiar: Um Estudo em Doentes Oncológicos e seus Cuidadores. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
- Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. 2ª Série. Nº 45, 8669 – 8673.
- Rodriguez, G. G., Flores, J. G. & Jiménez, E. G. (1999). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Santos, C. S. V. B., Pais-Ribeiro, J. & Lopes, C. (2006). Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar (EAMC-F). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 29 - 55.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática de enfermagem*. (1ª edição). Quarteto
- Silva, M. A. M., Pinheiro, A. K. B., Souza, A. M. A & Moreira, A. C. A. (2011). Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (3), 596 – 599.
- Souza, J. R. & Araújo, T. C. C. F. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27 (2), 187 – 196.
- Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S. & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use Among Caregivers of Advanced Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (28), 6899 –6907.
- World Health Organization, WHO, (2001). *The world health report 2001. Mental health New understanding. New hope*. Geneva: World Health Organization.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (2ª edição). Porto Alegre: Bookman.

ANEXOS

ANEXO I

Planos das 4 sessões de treino de competências de parentalidade positiva

Plano da Sessão 1 – Treino de Competências de Parentalidade Positiva	
Tema	- Fase do desenvolvimento infantil; - Como estimular a criança.
Local	Sala do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 15 de Março de 2013
Duração	60 min., início previsto às 15h – 16h
Terapeutas	EESMP – Enfª Vera Graça e Enfª Elisa Gariso
Destinatários	Utente Marta Costa e familiares que queiram voluntariamente participar na sessão.
Recursos materiais	Computador; Brinquedos; Folhetos;
Objetivos	- Instruir sobre o conhecimento da fase de desenvolvimento da criança (11/12 meses); - Instruir sobre brincadeiras que estimulam o desenvolvimento das potencialidades da criança fortalecem o vínculo afetivo. - Instruir sobre os brinquedos mais adequados à faixa etária da criança; - Promover o vínculo afetivo entre mãe e filho; - Promover a interação adequada entre mãe e filho.
Desenvolvimento	Através do método expositivo, recorrendo a folhetos informativos, explicar a fase de desenvolvimento em que se encontra o filho da utente (posteriormente serão cedidos estes folhetos para a utente levar consigo).

	<p>Providenciar vários brinquedos para a utente manipular, explicando os benefícios de cada um para o adequado desenvolvimento da criança.</p> <p>Ensinar atividades lúdicas e de ginástica entre mãe e filho.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura da utente durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas; - Pedir à utente que classifique a sessão através de uma escala de 0 a 4 em que: 0=nada satisfeito; 1=satisfeito; 2=muito satisfeito; 4=excelente. - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>A Parentalidade Positiva define-se como um “comportamento parental baseado no melhor interesse da criança e que assegura a satisfação das principais necessidades das crianças e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica a fixação de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento” (A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELA IGUALDADE PARENTAL E DIREITOS DOS FILHOS).</p> <p>De acordo com Lehtinem (2008), alguns dos fatores cruciais para um bom desenvolvimento psicológico da criança antes da idade escolar são o ambiente familiar e da habitação, o relacionamento entre pais, a qualidade do papel parental e o vínculo estabelecido entre a criança e a figura materna. O mesmo autor defende o ambiente familiar é o ambiente natural onde a criança vive e os pais são os mais importantes cuidadores da mesma, neste sentido é pertinente que as atividades desenvolvidas para melhorar a saúde mental da criança na primeira infância, sejam dirigidas a toda a família. Estas atividades incluem serviços de suporte para pais em risco, as intervenções desenvolvidas devem ser dirigidas para pais e famílias em que existe um risco acrescido para o desenvolvimento da criança. Estas situações incluem famílias monoparentais, pais muito jovens ou com distúrbios mentais e do comportamento.</p> <p>A capacitação das famílias é uma estratégia de promoção de saúde mental, usada para o desenvolvimento de competências pessoais, sociais de forma a produzir mudanças positivas, fortalecendo as capacidades de resolução de problemas com efetividade (Loureiro & Miranda, 2010).</p>
Bibliografia	<p>ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELA IGUALDADE PARENTAL E DIREITOS DOS FILHOS (s.d.). Parentalidade Positiva. Acedido a 13/03/2013. Disponível em: http://igualdadeparental.org/pais/parentalidade-positiva/.</p> <p>Loureiro, I. & Miranda, N. (2010) – <i>Promover a Saúde: dos fundamentos à acção</i>. Portugal: Coimbra. ISBN 978-972-40-4399-9.</p> <p>Lehtinem, V. (coordenador) (2008). <i>Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente</i>. Finland.</p>

Plano da Sessão 2 – Treino de Competências de Parentalidade Positiva

Tema	- Crescer em segurança.
Local	Sala do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 25 de Março de 2013
Duração	60 min (15h – 16h)
Terapeutas	EESMP – Enfª Vera Graça e Enfª Elisa Gariso
Destinatários	Utente M. C. e familiares que queiram voluntariamente participar na sessão.
Recursos materiais	Computador; Material de segurança no domicílio; Folhetos.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Instruir sobre os riscos associados aos acidentes na infância;- Instruir quais os riscos mais comuns na infância;- Instruir sobre formas de prevenção de acidentes na infância;- Promover o vínculo afetivo entre mãe e filho;- Promover a interação adequada entre mãe e filho.
Desenvolvimento	Através do método expositivo, recorrendo a folhetos informativos, livros ilustrados, explicar os acidentes mais comuns na infância de forma a minimizar os riscos que lhes estão associados (posteriormente serão cedidos estes folhetos para a utente levar consigo). Providenciar material de segurança no domicílio, explicando a sua forma de utilização e os seus benefícios.

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura da utente durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas; - Pedir à utente que classifique a sessão através de uma escala de 0 a 4 em que: 0=nada satisfeito; 1=satisfeito; 2=muito satisfeito; 4=excelente. - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>A Parentalidade Positiva define-se como um “comportamento parental baseado no melhor interesse da criança e que assegura a satisfação das principais necessidades das crianças e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica a fixação de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento” (Associação Portuguesa pela Igualdade Parental e Direitos dos Filhos).</p> <p>De acordo com Lehtinem (2008), alguns dos fatores cruciais para um bom desenvolvimento psicológico da criança antes da idade escolar são o ambiente familiar e da habitação, o relacionamento entre pais, a qualidade do papel parental e o vínculo estabelecido entre a criança e a figura materna. O mesmo autor defende o ambiente familiar é o ambiente natural onde a criança vive e os pais são os mais importantes cuidadores da mesma, neste sentido é pertinente que as atividades desenvolvidas para melhorar a saúde mental da criança na primeira infância, sejam dirigidas a toda a família. Estas atividades incluem serviços de suporte para pais em risco, as intervenções desenvolvidas devem ser dirigidas para pais e famílias em que existe um risco acrescido para o desenvolvimento da criança. Estas situações incluem famílias monoparentais, pais muito jovens ou com distúrbios mentais e do comportamento. A capacitação das famílias é uma estratégia de promoção de saúde mental, usada para o desenvolvimento de competências pessoais, sociais de forma a produzir mudanças positivas, fortalecendo as capacidades de resolução de problemas com efetividade (Loureiro e Miranda, 2010).</p> <p>O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identifica a área da prevenção de acidentes como de intervenção necessária e urgente, de forma a obter ganhos em saúde (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2010).</p> <p>“ Novas conquistas e grandes experiências estão ao alcance do seu bebé, agora que está a aprender a andar. A criança começa a aprender a ganhar grande mobilidade e agilidade face ao primeiro ano de vida e, naturalmente, o risco de acidente aumenta. Muitos dos acidentes fazem parte do desenvolvimento e da aprendizagem e até ser benéficos, mas outros até podem ser muito graves e até provocar a morte” (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2010, p.2).</p>
Bibliografia	<p>ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELA IGUALDADE PARENTAL E DIREITOS DOS FILHOS (s.d.). Parentalidade Positiva. Acedido a 13/03/2013. Disponível em: http://igualdadeparental.org/pais/parentalidade-positiva/.</p> <p>Loureiro, I. & Miranda, N. (2010) – <i>Promover a Saúde: dos fundamentos à acção</i>. Portugal: Coimbra. ISBN 978-972-40-4399-9.</p> <p>Lehtinem, V. (coordenador) (2008). <i>Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente</i>. Finland.</p>

Plano da Sessão 3 – Treino de Competências de Parentalidade Positiva	
Tema	- Choro/higiene/massagem
Local	Sala do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 3 de Abril de 2013
Duração	60 min (15h-16h)
Terapeutas	EESMP – Enfª Vera Graça e Enfª Elisa Gariso
Destinatários	Utente M. C. e familiares que queiram voluntariamente participar na sessão.
Recursos materiais	Computador; Material de higiene e massagem; Folhetos.
Objetivos	- Instruir sobre a comunicação, cuidados de higiene e massagem ao bebé de 12 meses; - Promover o vínculo afetivo entre mãe e filho; - Promover a interação adequada entre mãe e filho.
Desenvolvimento	Através do método expositivo, recorrendo a folhetos informativos, explicar o que significa o choro do bebé (comunicação), bem como os cuidados de higiene e massagem (posteriormente serão cedidos estes folhetos para a utente levar consigo). Posteriormente a utente irá haver uma parte prática em que a doente realiza a massagem no bebé, muda a fralda e veste o bebé, de forma a perceber as dificuldades da M. e ajuda a supera-las.

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura da utente durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas; - Pedir à utente que classifique a sessão através de uma escala de 0 a 4 em que: 0=nada satisfeito; 1=satisfeito; 2=muito satisfeito; 4=excelente. - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	<p>A Parentalidade Positiva define-se como um “comportamento parental baseado no melhor interesse da criança e que assegura a satisfação das principais necessidades das crianças e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica a fixação de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento” (A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELA IGUALDADE PARENTAL E DIREITOS DOS FILHOS).</p> <p>De acordo com Lehtinem (2008), alguns dos fatores cruciais para um bom desenvolvimento psicológico da criança antes da idade escolar são o ambiente familiar e da habitação, o relacionamento entre pais, a qualidade do papel parental e o vínculo estabelecido entre a criança e a figura materna. O mesmo autor defende o ambiente familiar é o ambiente natural onde a criança vive e os pais são os mais importantes cuidadores da mesma, neste sentido é pertinente que as atividades desenvolvidas para melhorar a saúde mental da criança na primeira infância, sejam dirigidas a toda a família. Estas atividades incluem serviços de suporte para pais em risco, as intervenções desenvolvidas devem ser dirigidas para pais e famílias em que existe um risco acrescido para o desenvolvimento da criança. Estas situações incluem famílias monoparentais, pais muito jovens ou com distúrbios mentais e do comportamento.</p> <p>A capacitação das famílias é uma estratégia de promoção de saúde mental, usada para o desenvolvimento de competências pessoais, sociais de forma a produzir mudanças positivas, fortalecendo as capacidades de resolução de problemas com efetividade (Loureiro e Miranda, 2010).</p>
Bibliografia	<p>ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELA IGUALDADE PARENTAL E DIREITOS DOS FILHOS (s.d.). Parentalidade Positiva. Acedido a 13/03/2013. Disponível em: http://igualdadeparental.org/pais/parentalidade-positiva/.</p> <p>Loureiro, I. & Miranda, N. (2010) – <i>Promover a Saúde: dos fundamentos à acção</i>. Portugal: Coimbra. ISBN 978-972-40-4399-9.</p> <p>Lehtinem, V. (coordenador) (2008). <i>Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente</i>. Finland.</p>

Plano da Sessão 4 – Treino de Competências de Parentalidade Positiva

Tema	Alimentação
Local	Sala do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar.
Data	Dia 12 de Abril de 2013
Duração	Cerca de 60 min., início previsto às 15h
Terapeutas	EESMP – Enfª Vera Graça e Enfª Elisa Gariso
Destinatários	Utente M. C. e familiares que queiram voluntariamente participar na sessão.
Recursos materiais	Computador; Material de higiene e massagem; Folhetos.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre alimentação saudável; - Instruir sobre alimentação adequada e preparação da refeição para bebé de 12 meses; - Reforçar conhecimentos sobre acidentes durante a confeção da refeição e alimentação do bebé; - Promover o vínculo afetivo entre mãe e filho; - Promover a interação adequada entre mãe e filho.
Desenvolvimento	<p>Através do método expositivo, recorrendo a folhetos informativos, explicar a roda dos alimentos, os alimentos proibidos nesta fase de desenvolvimento e planear a elaboração de uma refeição (posteriormente serão cedidos estes folhetos para a utente levar consigo).</p> <p>Ao longo da sessão indicar os acidentes possíveis de ocorrer, bem como formas de os prevenir e atuar, de forma a reforçar os conhecimentos cedido em sessões anteriores.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura da utente durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas; - Pedir à utente que classifique a sessão através de uma escala de 0 a 4 em que: 0=nada satisfeito; 1=satisfeito; 2=muito satisfeito; 4=excelente. - Registrar a intervenção e respetivos resultados, em linguagem CIPE, no SACE (Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem).
Justificação	A Parentalidade Positiva define-se como um “comportamento parental baseado no melhor interesse da criança e que assegura a

	<p>satisfação das principais necessidades das crianças e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica a fixação de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento” (A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELA IGUALDADE PARENTAL E DIREITOS DOS FILHOS).</p> <p>De acordo com Lehtinem (2008), alguns dos fatores cruciais para um bom desenvolvimento psicológico da criança antes da idade escolar são o ambiente familiar e da habitação, o relacionamento entre pais, a qualidade do papel parental e o vínculo estabelecido entre a criança e a figura materna. O mesmo autor defende o ambiente familiar é o ambiente natural onde a criança vive e os pais são os mais importantes cuidadores da mesma, neste sentido é pertinente que as atividades desenvolvidas para melhorar a saúde mental da criança na primeira infância, sejam dirigidas a toda a família. Estas atividades incluem serviços de suporte para pais em risco, as intervenções desenvolvidas devem ser dirigidas para pais e famílias em que existe um risco acrescido para o desenvolvimento da criança. Estas situações incluem famílias monoparentais, pais muito jovens ou com distúrbios mentais e do comportamento.</p> <p>A capacitação das famílias é uma estratégia de promoção de saúde mental, usada para o desenvolvimento de competências pessoais, sociais de forma a produzir mudanças positivas, fortalecendo as capacidades de resolução de problemas com efetividade (Loureiro e Miranda, 2010).</p> <p>Nos primeiros anos de vida do bebé podem surgir diversos problemas relacionados com a alimentação. Recebendo os conhecimentos e orientações adequadas, os pais podem conhecer os alimentos corretos, a forma correta de os confeccionar e administrar, sendo fundamental para a criança adoptar bons hábitos alimentares de forma a assegurar uma boa nutrição (Editores reunidos, lda).</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELA IGUALDADE PARENTAL E DIREITOS DOS FILHOS (s.d.). Parentalidade Positiva. Acedido a 13/03/2013. Disponível em: http://igualdadeparental.org/pais/parentalidade-positiva/.</p> <p>EDITORES REUNIDOS, LDA (1995). O meu filho: o primeiro ano de vida, comportamento do bebé, a alimentação, as doenças infecciosas. Lisboa, Portugal. ISBN: 972-747-229-X.</p> <p>Loureiro, I. & Miranda, N. (2010) – <i>Promover a Saúde: dos fundamentos à acção</i>. Portugal: Coimbra. ISBN 978-972-40-4399-9.</p> <p>Lehtinem, V. (coordenador) (2008). <i>Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente</i>. Finland.</p>

ANEXO II

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, EADS – 21

EADS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1 - Tive dificuldades em me acalmar **0 1 2 3**

2 - Senti a minha boca seca **0 1 2 3**

3 - Não consegui sentir nenhum sentimento positivo **0 1 2 3**

4 - Senti dificuldades em respirar **0 1 2 3**

5 - Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas **0 1 2 3**

6 - Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações **0 1 2 3**

7 - Senti tremores (por ex., nas mãos) **0 1 2 3**

8 - Senti que estava a utilizar muita energia nervosa **0 1 2 3**

9 - Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula **0 1 2 3**

10 - Senti que não tinha nada a esperar do futuro **0 1 2 3**

11 - Dei por mim a ficar agitado **0 1 2 3**

12 - Senti dificuldade em me relaxar **0 1 2 3**

13 - Senti-me desanimado e melancólico **0 1 2 3**

14 - Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer **0 1 2 3**

15 - Senti-me quase a entrar em pânico **0 1 2 3**

16 - Não fui capaz de ter entusiasmo por nada **0 1 2 3**

17 - Senti que não tinha muito valor como pessoa **0 1 2 3**

18 - Senti que por vezes estava sensível **0 1 2 3**

19 - Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico **0 1 2 3**

20 - Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso **0 1 2 3**

21 - Senti que a vida não tinha sentido **0 1 2 3**

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

ANEXO III

Inventário de Saúde Mental, MHI – 5

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS RECTÂNGULOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

2- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

3- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

4- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

5- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

ANEXO IV

Escala de APGAR familiar

APGAR FAMILIAR

	Quase sempre	Às vezes	Raramente
Estás satisfeito com a ajuda que recibes da tua família quando tens um problema?			
Conversam entre todos sobre os problemas que têm em casa?			
As decisões importantes são tomadas em conjunto na família?			
Sentes que a tua família gosta ti?			
Estás satisfeito com o tempo que passam juntos?			

ANEXO V

Planos das 3 sessões de intervenção psicoterapêutica individual

Plano de Sessão 1 – Intervenção Psicoterapeutica individual	
Motivo	Dificuldade em gerir situações de stress, ansiedade e comunicação familiar.
Local	Gabinete do Hospital de Dia.
Data	06 de junho de 2013.
Duração	2 hora (14 horas-16 horas).
Aluna	Enfª Elisa Gariso
Destinatários	Utente Isa.
Recursos materiais	Folha de papel; Marcadores, lápis de côr. Folha com escala de APGAR familiar.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da ansiedade; - Promoção do desenvolvimento pessoal; - Identificação dos sentimentos associados aos pensamentos negativos. - Diminuição do impacto dos pensamentos negativo. - Capacitação da utente com uma estratégia para lidar com a ansiedade. - Promoção da Saúde Mental.
Desenvolvimento	1. Procurar um local mais reservado de forma a proporcionar a privacidade e facilitar a partilha de experiências.

	<p>2. Uma vez que já foi realizada uma sessão de psicoterapia de grupo com a D. Isa., perguntar como correu a semana e como se sentiu após a sessão.</p> <p>3. Convidar a utente a partilhar sentimentos negativos, preocupações, motivos desencadeantes de ansiedade, refletindo sobre o que referiu.</p> <p>4. Pedir à D. Isa. que desenhe numa folha de papel um mapa das estradas da sua vida, desde o nascimento até ao momento presente, indicando os lugares/momentos bons (estradas panorâmicas e largas) ou lugares maus (troços com curvas), situações de doença, trabalhos, casamento.</p> <p>5. Posteriormente pedir-lhe que projete a sua vida até 2015 (2 anos) e que desenhe.</p> <p>6. Refletir sobre a “estrada” elaborada, comparando o percurso da sua vida passada com o futuro que imagina, tentando apurar objetivos de futuro e como pretende atingi-los. Perguntar, também, o que deu origem aos bons lugares.</p> <p>7. Pedir à utente que preencha a escala APGAR familiar.</p> <p>8. Pedir à utente que de forma informal faça comigo um contrato terapêutico com o agendamento de novas sessões e a verbalização de expectativas para esses encontros.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura da utente durante a sessão; - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas; - Descrição do encontro numa palavra. - Preenchimento da escala APGAR familiar no início e no fim do plano de sessões.
Justificação	<p>O indivíduo com ser holístico constitui-se como uma unidade única, reagindo às situações de vida de uma forma também ela idiossincrática. Desta forma a reação a uma situação de doença é o resultado de várias experiências que constituem a história pessoal de cada um, mas também de vários fatores como a personalidade, a fase do ciclo vital em que o indivíduo se encontra, as expectativas criadas em relação ao futuro e a representação da doença (Soares citado por Guerra e Lima, 2005).</p> <p>De acordo com a mesma autora, a doença tem repercussões a nível físico, psicológico e social, afetando toda a dinâmica familiar.</p> <p>Segundo Leal (2000), a psicoterapia de apoio é um trabalho de relação homem a homem, em que o psicoterapeuta empenha a sua personalidade e o seu saber, despoletando no doente a confiança e receptividade. Desta forma abandona-se a ideia de relação direta com a doença mental, sendo a psicoterapia vista como coadjuvante no tratamento de diversas perturbações e a tónica passa a ser colocada sobre as perturbações fisiológicas e afetivas.</p>

	<p>A mesma autora refere, ainda, que a psicoterapia é marcada pela atitude do terapeuta, podendo ser definida como escuta atenta, profunda e neutra do discurso da pessoa. Esta escuta tem como objetivo conduzir a pessoa à elucidação e à tomada de consciência da sua responsabilidade na história de vida pessoal. Desta forma, o sintoma aparece como uma posição de retirada ou fuga.</p> <p>Para Cordioli, Wagner e Cechin (1993, citados por Leal, 2000, p. 137), os principais objetivos da psicoterapia de apoio são essencialmente o de manter ou restabelecer o funcionamento prévio da pessoa através:</p> <p>“Reforço de mecanismos de defesa adaptativos; o afastamento de pressões ambientais demasiado intensas; a adopção de medidas que visam o alívio de sintomas”.</p> <p>Os autores supracitados consideram ainda que a psicoterapia de apoio pode procurar:</p> <p><i>“ promover o crescimento emocional, estimulando activamente a ultrapassagem das etapas evolutivas; a aquisição de maturidade emocional mediante a promoção de autonomia, a consolidação de uma identidade própria, o estabelecimento de uma auto-imagem estável e integrada do self e a melhoria da capacidade de julgamento da realidade”</i> (Cordioli, Wagner e Cechin, 1993, citados por Leal, 2000, p. 137).</p> <p>Nesta sessão irão ser utilizados jogos psicológicos que foram construídos como métodos projetivos para ajudar as pessoas a tomar consciência das suas recordações, sentimentos, desejos, ideias e esperanças (Manes, 2003).</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Leal, I. P., 2000. <i>Entrevista clinica e psicoterapia de apoio</i> (2ª edição). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.</p> <p>Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde</i>. Lisboa: Climepsi- Editores.</p> <p>Manes, S. (2003). <i>83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos</i> (3ª edição). (José Jacinto Correia Serra, Trad.). Apelação: Paulus Editora. (Trabalho original em Italiano).</p>

Plano de Sessão 2 – Psicoterapia individual	
Motivo	Dificuldade em gerir situações de stress, ansiedade e comunicação familiar comprometida.
Local	Gabinete do Hospital de Dia.
Data	20 de junho de 2013.
Duração	1 hora (14horas-15horas).
Aluna	Enfª Elisa Gariso
Destinatários	Utente Isa.
Recursos materiais	Folha de papel; Marcadores.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a ansiedade face à incerteza do seu tratamento. - Identificar os pensamentos automáticos negativos. - Substituir cognições tendencialmente negativas por pensamentos positivos. - Identificar os sentimentos associados aos pensamentos negativos. - Procurar minimizar o impacto dos pensamentos negativo. - Capacitar a utente com uma estratégia para lidar com a ansiedade. - Melhorar a Saúde Mental.
Desenvolvimento	1. Procurar um local mais reservado de forma a proporcionar a privacidade e facilitar a partilha de experiências.

	<p>2. Uma vez que já foram realizadas outras atividades psicoterapêuticas com a utente, perguntar como correu a semana e como se tem sentido após as sessões.</p> <p>3. Posteriormente promover a partilha de sentimentos da utente, verbalizando os sentimentos negativos, preocupações, motivos desencadeantes da ansiedade, refletindo sobre o que referiu.</p> <p>4. Pedir à utente que desenhe, numa folha, um quadro com duas colunas. Na coluna do lado direito as suas qualidades e na coluna do lado esquerdo os seus defeitos.</p> <p>5. Refletir sobre o quadro elaborado pela utente, convidando-a a partilhar os seus sentimentos.</p> <p>6. Pedir à utente que desenhe a sua estrada da vida para o ano de 2013.</p> <p>7. Refletir sobre os objetivos de vida que a utente coloca na sua estrada da vida.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas; - Numa palavra como caracteriza a sessão.
Justificação	<p>O indivíduo como ser holístico constitui-se como uma unidade única, reagindo às situações de vida de uma forma também ela idiossincrática. Desta forma a reação a uma situação de doença é o resultado de várias experiências que constituem a história pessoal de cada um, mas também de vários fatores como a personalidade, a fase do ciclo vital em que o indivíduo se encontra, as expectativas criadas em relação ao futuro e a representação da doença (Soares citado por Guerra e Lima, 2005).</p> <p>De acordo com a mesma autora, a doença tem repercussões a nível físico, psicológico e social, afetando toda a dinâmica familiar. As alterações emocionais também são muito frequentes, uma vez que os indivíduos experienciam grandes incertezas e ansiedades decorrentes de várias situações inerentes à doença.</p> <p>A terapia cognitiva foi originalmente desenvolvida para ser utilizada na depressão, tendo atualmente um leque mais variado sendo utilizada como tratamento complementar para outros tipos de perturbações emocionais, nomeadamente na perturbação da ansiedade generalizada, problemas de casais, perturbação da pânico, entre outros (Back, 1995; Sadock & Sadock, 2007, citados por Beck e Knapp, 2008).</p> <p>Segundo Beck (1995) citado por Townsend (2011), a terapia cognitiva deve ser adaptada a cada indivíduo, no entanto existe vários princípios que estão subjacentes a todos os indivíduos. É de destacar:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - A terapia cognitiva enfatiza o presente, sendo mais benéfico para o cliente começar por resolver problemas atuais levando a uma redução dos sintomas. - A terapia cognitiva é educativa, tendo como objetivo ensinar o cliente a ser o seu próprio terapeuta, levando a perceber a etiologia e o curso da perturbação, enfatizando a prevenção de recaídas. - A terapia cognitiva ensina os utentes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais. <p>Phillips (1978), citado por Leal (2005), refere que a terapia de dessensibilização como aptidão de confronto pode ser utilizada como “estratégias de <i>coping</i>”, “enfrentamento” e “formas de lidar ou reagir”. Esta terapia ajuda o individuo a desenvolver estratégias que lhe permitem de uma forma eficaz enfrentar os problemas, os condicionamentos que vão surgindo nas suas vidas, ou seja, ajuda-os a desenvolver aptidões de confronto eficazes. Estas aptidões de confronto têm como principais objetivos a aquisição de diversas aptidões, a utilização de recurso do meio e uma atitude positiva e criativa perante a realidade (Gonçalves, 2006).</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Beck, Aaron T., Knapp, Paulo (2008). <i>Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva</i>. Revista Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre. Brasil.</p> <p>Gonçalves, O. (2006). <i>Terapias Cognitivas: Teorias e Prática</i> (5ª ed.). Lisboa: Edições Afrontamento.</p> <p>Guerra, M. P., Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde</i>. Lisboa: Climepsi- Editores.</p> <p>Leal, I. (2005). <i>Iniciação às Psicoterapias</i>. Lisboa: Fim do Século Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.</p> <p>Townsed, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano de Sessão 3 – Psicoterapia individual	
Motivo	Dificuldade em gerir situações de stress, ansiedade e comunicação familiar comprometida.
Local	Gabinete do Hospital de Dia.
Data	28 de junho de 2013.
Duração	2 horas (14 horas-16 horas).
Aluna	Enfª Elisa Gariso
Destinatários	D. Isa
Recursos materiais	Folha com as escalas EADS e MHI-5 preenchidas pelas utentes. Folha com escala de APGAR FAMILIAR. Folha de cor. Canetas, marcadores e lápis de cor.
Objetivos	- Promoção do desenvolvimento pessoal; - Capacitação da utente com uma estratégia para lidar com a ansiedade. - Promoção da Saúde Mental.
Desenvolvimento	1. Procurar um local mais reservado de forma a proporcionar a privacidade e facilitar a partilha de experiências. 2. Apresentar as escalas iniciais e as finais e pedir as utentes que comparem as respostas, partilhando as estratégias que utilizaram para ultrapassar as situações de stress, alterando assim os scores iniciais. 3. Realização do jogo psicológico “Auto-retrato”:

	<p>3.1. Distribuir folhas de papel e material de desenho;</p> <p>3.2. Pedir à utente que faça um desenho de si, ou escreva uma frase, ou uma palavra que a represente;</p> <p>3.3. Convidar a D. I. a partilhar e explicar o que fez.</p> <p>5. Pedir à cliente que preencha da escala de APGAR FAMILIAR.</p> <p>6. Pedir à utente que numa palavra caracterize a sessão.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura da utente durante a sessão; - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas; - Discrição do encontro numa palavra.
Justificação	<p>O indivíduo como ser holístico constitui-se como uma unidade única, reagindo às situações de vida de uma forma também ela idiossincrática. Desta forma a reação a uma situação de doença é o resultado de várias experiências que constituem a história pessoal de cada um, mas também de vários fatores como a personalidade, a fase do ciclo vital em que o indivíduo se encontra, as expectativas criadas em relação ao futuro e a representação da doença (Soares citado por Guerra e Lima, 2005).</p> <p>De acordo com a mesma autora, a doença tem repercussões a nível físico, psicológico e social, afetando toda a dinâmica familiar.</p> <p>Segundo Leal (2000), a psicoterapia de apoio é um trabalho de relação homem a homem, em que o psicoterapeuta empenha a sua personalidade e o seu saber, despoletando no doente a confiança e receptividade. Desta forma abandona-se a ideia de relação direta com a doença mental, sendo a psicoterapia vista como coadjuvante no tratamento de diversas perturbações e a tónica passa a ser colocada sobre as perturbações fisiológicas e afetivas.</p> <p>A mesma autora refere, ainda, que a psicoterapia é marcada pela atitude do terapeuta, podendo ser definida como escuta atenta, profunda e neutra do discurso da pessoa. Esta escuta tem como objetivo conduzir a pessoa à elucidação e à tomada de consciência da sua responsabilidade na história de vida pessoal. Desta forma, o sintoma aparece como uma posição de retirada ou fuga.</p> <p>Para Cordioli, Wagner e Cechin (1993, citados por Leal, 2000, p. 137), os principais objetivos da psicoterapia de apoio são essencialmente o de manter ou restabelecer o funcionamento prévio da pessoa através:</p> <p>“Reforço de mecanismos de defesa adaptativos; o afastamento de pressões ambientais demasiado intensas; a adopção de medidas que visam o alívio de sintomas”.</p>

	<p>Os autores supracitados consideram ainda que a psicoterapia de apoio pode procurar:</p> <p><i>“ promover o crescimento emocional, estimulando activamente a ultrapassagem das etapas evolutivas; a aquisição de maturidade emocional mediante a promoção de autonomia, a consolidação de uma identidade própria, o estabelecimento de uma auto-imagem estável e integrada do self e a melhoria da capacidade de julgamento da realidade”</i> (Cordioli, Wagner e Cechin, 1993, citados por Leal, 2000, p. 137).</p> <p>Nesta sessão irão ser utilizados jogos psicológicos que foram construídos como métodos projetivos para ajudar as pessoas a tomar consciência das suas recordações, sentimentos, desejos, ideias e esperanças (Manes, 2003).</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Leal, I. P., 2000. <i>Entrevista clinica e psicoterapia de apoio</i> (2ª edição). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.</p> <p>Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde</i>. Lisboa: Climepsi- Editores.</p> <p>Manes, S. (2003). <i>83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos</i> (3ª edição). (José Jacinto Correia Serra, Trad.). Apelação: Paulus Editora. (Trabalho original em Italiano).</p>

ANEXO VI

Planos das 3 sessões de formação em serviço

Plano de Sessão 1 – Formação em serviço/psicoeducação/psicoterapia	
Tema	“Refletir a morte” - Burnout
Local	Sala de decisão terapêutica do hospital de dia de oncologia da unidade de Tomar.
Data	13 de junho de 2013.
Duração	2 horas (14h30-16h30).
Terapeuta/Co-terapeuta	Enfª Elisa Gariso / Prof. Cláudia Mourão
Destinatários	Equipa multidisciplinar do hospital de dia de oncologia da unidade de Tomar.
Recursos materiais/Estratégias	Cadeiras; Folha com o brasão; Contrato terapêutico; Escalas de burnout; Canetas, marcadores, lápis de cor; Rolo de lã colorido.
Objetivos	-Promover a partilha de sentimentos visando a aquisição de estratégias de <i> coping</i> ; -Consciencializar os enfermeiros para a necessidade do seu autoconhecimento. - Melhorar a Saúde Mental dos profissionais.
Desenvolvimento	1. Reunião dos profissionais na sala agendada, com sala preparada em círculo;

2. Apresentação da terapeuta e coterapeuta.
3. Informação e esclarecimento acerca do objetivo e programação das sessões;
4. Preenchimento e clarificação do instrumento de avaliação utilizado (escala de burnout);
5. Introdução do tema através da dinâmica “o brasão de armas”:
 - 5.1. Distribuir uma folha com o brasão de armas e pedir a cada elemento que desenhe o seu próprio brasão de armas escrevendo ou desenhando:

Quadrante superior direito: O que deixa feliz!

Quadrante superior esquerdo: Sentimentos relativamente ao serviço/oncologia.

Quadrante inferior direito: Competências/Caraterísticas que são facilitadoras da prestação de cuidados naquele contexto.

Quadrante inferior esquerdo: Uma situação marcante.
6. Dinâmica Exploração do conceito cancro através da dinâmica “chuva de ideias”:
 - 6.1. Pedir aos participantes que digam as palavras que automaticamente surgem quando ouvem/falam de cancro.
 - 6.2. Escrever todas as palavras numa folha;
 - 6.3. Realizar um breve resumo sobre as palavras referidas;
 - 6.4. Pedir aos participantes que com aquelas palavras formem um conceito de cancro.
7. Encerramento da sessão através da dinâmica de grupo novelo de lã:
 - 7.1. Pedir aos participantes que passem o novelo de lã entre eles verbalizando antes de passarem expectativas quanto ao grupo, um lema de vida e numa palavra caraterizarem a sessão.

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura dos participantes durante a sessão. - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas. - Numa palavra caracterizarem a sessão.
Justificação	<p>A segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores, individuo e sua família, são preocupações fundamentais para muitos profissionais a nível mundial. Estes três pilares são de extrema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas e comunidades, bem como para as economias nacionais e regionais (OMS, 2010).</p> <p>De acordo com a Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), o absentismo, o desemprego, incapacidade prolongada bem como, problemas de saúde mental devido ao stress relacionado com o trabalho têm vindo a agravar-se. Lehtinen (2008) refere que a ansiedade, a depressão, o burnout, a insónia, o abuso de substâncias e problemas conjugais são exemplos das consequências negativas de um ambiente laboral stressante. Enquanto uma boa saúde mental estimula a capacidade de trabalho e produtividade, condições de trabalho mais precárias, levam a desequilíbrios psíquicos, baixa por doença e ao aumento de custos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).</p> <p>O contexto laboral é por excelência um local propício à promoção da saúde, uma vez que são considerados locais onde as pessoas passam grande parte do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação. As iniciativas com o objetivo de melhorar as capacidades pessoais e diminuir os fatores de stress no trabalho, melhoram a saúde e promovem o desenvolvimento económico (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).</p> <p>De acordo com Costa e Patrão (2006), o setor da saúde envolve profissões consideradas de alto risco em termos de stress, sendo sugerido que a responsabilidade perante os doentes e familiares preocupados, a equipa de trabalho, o pessoal administrativo e as organizações profissionais, sejam importantes fontes de stress, bem como os seus efeitos terão consequências ao nível dos cuidados do doente e da saúde física e mental dos que o cuidam.</p> <p>Segundo Maslach (2010), a predominância de sintomas como a fadiga e sintomas de distress físico estão relacionados com o trabalho e surgem em pessoas sem antecedentes de qualquer psicopatologia. Aparece diminuição na eficácia dos cuidados e desempenho alterado devido a atitudes negativas. O mesmo autor refere ainda que, as consequências do burnout são: trabalho de fraca qualidade, baixa da moral, absentismo, problemas de saúde, depressão e problemas familiares.</p> <p>De acordo com Bernardo, Rosado e Salazar (2004, citado por Mourão, 2012), os profissionais de saúde adotam uma postura defensiva face às suas perdas e lutos evitando fazerem os seus lutos e curarem as suas perdas.</p> <p>Escolhi como tema da formação em serviço “refletir a morte”, uma vez que estou a realizar ensino clínico no hospital de dia de oncologia, porque o tema da morte existe em todas as idades e condições e está na origem de muitos sintomas e doenças psíquicas, como a insónia, a</p>

	<p>depressão, doenças psicossomáticas, diferentes medos e obsessões (Barro-Oliveira e Neto, 2004, citado por Mourão, 2012).</p> <p>De acordo com o que é referido pela OE (2009, citado por Mourão, 2012), o enfermeiro especialista apresenta competências comuns na área da gestão de qualidade, gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pelo que considero que esta sessão de formação em serviço se enquadra nestas competências. Bem como, relativamente ao especialista em saúde mental e psiquiatria presta cuidados de âmbito psicoeducacional e psicoterapêutico, mobilizando o contexto e a dinâmica individual e grupal de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, (2012). <i>Promoção da saúde mental no local de trabalho: resumo de um relatório de boas práticas.</i></p> <p>Comissão das Comunidades Europeias, (2005). Livro verde: melhorara a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia. Bruxelas.</p> <p>Costa, R. & Patrão, I. (2006). <i>Stress e burnout em profissionais de saúde.</i> In Leal, I., Ribeiro, J.L.P. e Jesus, S. N.. Atas do 6º congresso nacional de psicologia da saúde: saúde, bem-estar e qualidade de vida. Lisboa: ISPA, (851-856).</p> <p>Maslach, C. (2010). <i>Burnout como um importante desafio profissional para os médicos.</i> Simpósio internacional da ordem dos médicos. Lisboa.</p> <p>Mourão, C. C.S. (2012). <i>Impacto da psicoeducação na ansiedade e perspetivas face à morte em médicos e enfermeiros de cuidados de saúde primários.</i> In Sequeira, C.A.C. e Sá, L.O. (2012). ASPESM. Da investigação à prática de enfermagem: atas do III congresso internacional da sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental. Porto: suporte E-book. (558-573).</p> <p>Organização mundial de Saúde -OMS- (2010). <i>Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para acção.</i> Brasília: SESI/DN.</p> <p>Lehtinem, V. (coordenador) (2008). <i>Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente.</i> Finland.</p>

Plano de Sessão 2 – Formação em serviço/psicoeducação/psicoterapia/relaxamento	
Tema	Burnout (Gestão de conflitos e relações interpessoais)
Local	Sala de decisão terapêutica do hospital de dia de oncologia da unidade de Tomar.
Data	20 de junho de 2013.
Duração	2 horas (14h30-16h30).
Terapeuta/Co-terapeuta	Enfª Elisa Gariso / EESMP Cláudia Mourão
Destinatários	Equipa multidisciplinar do hospital de dia de oncologia da unidade de Tomar.
Recursos materiais/Estratégias	<p>Cadeiras;</p> <p>CD com música calma com a temática mar.</p> <p>Guião de relaxamento “a praia”.</p> <p>Folhas com frases escritas;</p> <p>Folhas brancas;</p> <p>Canetas, marcadores, lápis de cor;</p> <p>Pionés;</p> <p>Quadro de cortiça.</p>
Objetivos	<p>-Promover a partilha de sentimentos visando a aquisição de estratégias de <i>coping</i>;</p> <p>-Consciencializar os enfermeiros da a necessidade do seu autoconhecimento.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a Saúde Mental dos profissionais. - Prover as relações inter-pessoais.
<p>Desenvolvimento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunião dos profissionais na sala agendada, com as cadeiras dispostas em círculo; 2. Exploração do conceito relações interpessoais através da leitura e compreensão de frases escritas: <ul style="list-style-type: none"> - “Grupo remete para três dimensões: uma interação entre os elementos, consciência de si e do outro no grupo, e o sentimento de pertença.” (Fachada, 2010); - “No trabalho em equipa precisamos ter ainda mais competências, porque tudo muda” (Cláudio Fernandez-Araóz); - “ A regra de ouro da conduta é a tolerância mútua, porque nunca pensamos todos da mesma forma e sempre veremos só uma parte da verdade sob diferentes ângulos” (Ghandi) - “Reunir-se é um começo, permanecer juntos é progresso e trabalhar juntos é Sucesso”. (Henry Ford) 3. Exploração das estratégias utilizadas para gestão de conflitos através da dinâmica “brainstorming”: <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Pedir aos participantes que digam as palavras que automaticamente surgem quando ouvem/falam em conflitos/divergências. 3.2. Escrever as palavras em folhas pequenas e coloca-las no painel de cortiça; 3.3. Realizar um breve resumo sobre as palavras referidas; 3.4. Pedir aos participantes que com aquelas palavras refiram estratégias adequadas para gerir conflitos. 4. Enceramento com uma sessão de relaxamento autogénico, com o guião “a praia”. 5. Pedir aos participantes que numa palavra caracterizem a sessão. 6. Entrega de folha com 10 aspetos eficazes na resolução de divergências (Fachada, 2010).

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura dos participantes durante a sessão. - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas. - Numa palavra caracterizarem a sessão.
Justificação	<p>A segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores, indivíduo e sua família, são preocupações fundamentais para muitos profissionais a nível mundial. Estes três pilares são de extrema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas e comunidades, bem como para as economias nacionais e regionais (OMS, 2010).</p> <p>De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), o absentismo, o desemprego, incapacidade prolongada bem como, problemas de saúde mental devido ao stress relacionado com o trabalho têm vindo a agravar-se. Lehtinen (2008) refere que a ansiedade, a depressão, o burnout, a insónia, o abuso de substâncias e problemas conjugais são exemplos das consequências negativas de um ambiente laboral stressante. Enquanto uma boa saúde mental estimula a capacidade de trabalho e produtividade, condições de trabalho mais precárias, levam a desequilíbrios psíquicos, baixa por doença e ao aumento de custos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).</p> <p>O contexto laboral é por excelência um local propício à promoção da saúde, uma vez que são considerados locais onde as pessoas passam grande parte do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação. As iniciativas com o objetivo de melhorar as capacidades pessoais e diminuir os fatores de stress no trabalho, melhoram a saúde e promovem o desenvolvimento económico (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).</p> <p>De acordo com Costa e Patrão (2006), o setor da saúde envolve profissões consideradas de alto risco em termos de stress, sendo sugerido que a responsabilidade perante os doentes e familiares preocupados, a equipa de trabalho, o pessoal administrativo e as organizações profissionais, sejam importantes fontes de stress, bem como os seus efeitos terão consequências ao nível dos cuidados do doente e da saúde física e mental dos que o cuidam.</p> <p>Segundo Maslach (2010), a predominância de sintomas como a fadiga e sintomas de distress físico estão relacionados com o trabalho e surgem em pessoas sem antecedentes de qualquer psicopatologia. Aparece diminuição na eficácia dos cuidados e desempenho alterado devido a atitudes negativas. O mesmo autor refere ainda que, as consequências do burnout são: trabalho de fraca qualidade, baixa da moral, absentismo, problemas de saúde, depressão e problemas familiares.</p> <p>Um “grupo é um conjunto limitado de pessoas, unidas por objetivos e características comuns que desenvolvem múltiplas interações entre si” (Fachada, 2010, p. 357). Desta forma podemos considerar que um grupo é muito mais que a soma de todos os indivíduos que o constituem, é constituído por pessoas que desenvolvem a sua estrutura pessoal através da troca de ideias e do diálogo. O facto do grupo se constituir com determinados objetivos produz nos seus elementos um fenómeno de interação que faz com que eles se influenciem reciprocamente (Fachada, 2010).</p>

	<p>A mesma autora refere ainda que, o conflito torna-se potencialmente negativo e destrutivo de uma relação, uma vez que consome demasiada energia individual, impedindo a pessoa de investir no trabalho ou na relação. As disputas e os desacordos frequentes levam à redução a motivação e o empenho interpessoal. As ideias inovadoras são maioritariamente resultado de pontos de vista conflituosos que são partilhados e discutidos abertamente. Terapias que promovam esta discussão aberta podem proporcionar uma maior exploração de sentimentos, de valores, atitudes e pontos de vista, favorecendo a expressão individual e a procura de melhores decisões.</p> <p>De acordo com o que é referido pela Ordem dos Enfermeiros (2009), o enfermeiro especialista apresenta competências comuns na área da gestão de qualidade, gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pelo que considero que esta sessão de formação em serviço se enquadra nestas competências. Bem como, relativamente ao especialista em saúde mental e psiquiatria presta cuidados de âmbito psicoeducacional e psicoterapêutico, mobilizando o contexto e a dinâmica individual e grupal de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, (2012). <i>Promoção da saúde mental no local de trabalho: resumo de um relatório de boas práticas</i>.</p> <p>Comissão das Comunidades Europeias, (2005). <i>Livro verde: melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia</i>. Bruxelas.</p> <p>Costa, R. e Patrão, I. (2006). <i>Stress e burnout em profissionais de saúde</i>. In Leal, I., Ribeiro, J.L.P. e Jesus, S. N.. Atas do 6º congresso nacional de psicologia da saúde: saúde, bem-estar e qualidade de vida. Lisboa: ISPA, (851-856).</p> <p>Fachada, M.O. (2010). <i>Psicologia das relações interpessoais</i>. Lisboa: Edições silabo. 1ª ed.</p> <p>Maslach, C. (2010). <i>Bornout como um importante desafio profissional para os médicos</i>. Simpósio internacional da ordem dos médicos. Lisboa.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2009). <i>Modelo de Desenvolvimento Profissional. Caderno temático – sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem</i> (SIECE). Lisboa: Autor.</p> <p>Organização mundial de Saúde -OMS- (2010). <i>Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para acção</i>. Brasília: SESI/DN.</p> <p>Lehtinem, V. (coordenador) (2008). <i>Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente</i>. Finland.</p>

Técnicas para ser eficaz na resolução de divergências:

- 1. Escute até ao fim a ideia do seu interlocutor.**
- 2. Mostre-se interessado na sua mensagem;**
- 3. Não interrompa enquanto a ideia do interlocutor estiver a ser manifestada;**
- 4. Faça perguntas para que o seu interlocutor clarifique o pensamento e os argumentos;**
- 5. Esteja atento às suas expressões faciais: não revele negativismo ou rejeição, face ao que diz o interlocutor;**
- 6. Diga com frequência “eu compreendo”;**
- 7. Conquiste o direito de ser ouvido;**
- 8. Fale de forma serena e calma;**
- 9. Não imponha as suas ideias, mas proponha-as;**
- 10. Revele empatia e disponibilidade para chegar a uma solução de consenso.**

(Fachada, 2010, p. 231)

Plano de Sessão 3 – Formação em serviço/psicoeducação/psicoterapia	
Tema	Burnout (Autoconhecimento e trabalho em equipa)
Local	Sala de quimioterapia
Data	27 de junho de 2013.
Duração	2 horas (14h30-16h30).
Terapeuta/Co-terapeuta	Enfª Elisa Gariso / Prof. Cláudia Mourão
Destinatários	Equipa multidisciplinar do hospital de dia de oncologia da unidade de Tomar.
Recursos materiais/Estratégias	Cadeiras; Folha com escala de burnout; Folhas com informação, questionário, score e grelha da Janela de Johari; Canetas, marcadores, lápis de cor;
Objetivos	-Promover a partilha de sentimentos visando a aquisição de estratégias de <i> coping </i> ; -Consciencializar os enfermeiros da a necessidade do seu autoconhecimento. - Descrever um comportamento aberto e fechado em termos de Janela de Johari; - Identificar as forças que facilitam e inibem o processo de dar e receber feedback; - Encorajar o aumento do comportamento aberto no grupo através do feedback facilitado; - Melhorar a Saúde Mental dos profissionais.
Desenvolvimento	1. Reunião dos profissionais na sala agendada, com as cadeiras dispostas em círculo; 2. Explicar a Janela de Johari e os objetivos do exercício, procurando centralizar a exposição sobre a importância de aumentara “Arena”, diminuindo a “mancha cega” e a “fachada”. 3. Distribuir o questionário da Janela de Johari a cada participante e pedir para preencherem. 4. Calcular as coordenadas da Janela de Johari.

	<p>5. Desenhar a Janela de Johari e refletir sobre o resultado, fazendo uma breve explicação sobre as alterações.</p> <p>6. Enceramento com uma sessão de relaxamento autogénico, com o guião “rosas, sorrir, sentir e ser...”.</p> <p>7. Preencher as escalas de burnout.</p> <p>8. Pedir aos participantes que numa palavra caracterizem a sessão.</p> <p>9. Entrega de folhas com informação sobre a Janela de Johari.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura dos participantes durante a sessão. - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas. - Numa palavra caracterizarem a sessão.
Justificação	<p>A segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores, indivíduo e sua família, são preocupações fundamentais para muitos profissionais a nível mundial. Estes três pilares são de extrema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas e comunidades, bem como para as economias nacionais e regionais (OMS, 2010).</p> <p>De acordo com a Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), o absentismo, o desemprego, incapacidade prolongada bem como, problemas de saúde mental devido ao stress relacionado com o trabalho têm vindo a agravar-se. Lehtinen (2008) refere que a ansiedade, a depressão, o burnout, a insónia, o abuso de substâncias e problemas conjugais são exemplos das consequências negativas de um ambiente laboral stressante. Enquanto uma boa saúde mental estimula a capacidade de trabalho e produtividade, condições de trabalho mais precárias, levam a desequilíbrios psíquicos, baixa por doença e ao aumento de custos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).</p> <p>O contexto laboral é por excelência um local propício à promoção da saúde, uma vez que são considerados locais onde as pessoas passam grande parte do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação. As iniciativas com o objetivo de melhorar as capacidades pessoais e diminuir os fatores de stress no trabalho, melhoram a saúde e promovem o desenvolvimento económico (Comissão das Comunidades Europeias, 2005). De acordo com Costa e Patrão (2006), o setor da saúde envolve profissões consideradas de alto risco em termos de stress, sendo sugerido que a responsabilidade perante os doentes e familiares preocupados, a equipa de trabalho, o pessoal administrativo e as organizações profissionais, sejam importantes fontes de stress, bem como os seus efeitos terão consequências ao nível dos cuidados do doente e da saúde física e mental dos que o cuidam.</p> <p>Segundo Maslach (2010), a predominância de sintomas como a fadiga e sintomas de distress físico estão relacionados com o trabalho e surgem em pessoas sem antecedentes de qualquer psicopatologia. Aparece diminuição na eficácia dos cuidados e desempenho alterado devido a atitudes negativas. O mesmo autor refere, ainda, que as consequências do burnout são: trabalho de fraca qualidade, baixa da moral, absentismo, problemas de saúde, depressão e problemas familiares.</p> <p>Joseph Luft e Harry Ingham, em 1961, elaboraram um modelo concetual, designado Janela de Johari, com o objetivo de ilustrar o processo de dar e receber feedback, ou seja, de forma a analisarem como o indivíduo dá ou pede informação aos outros (Fachada, 2010). Este instrumento é um grande auxílio para o indivíduo formar uma ideia clara dos seus comportamentos e elucidá-lo com algumas soluções</p>

	<p>para enfrentar as suas dificuldades nas relações interpessoais, e transformar a sua participação social uma expressão realizadora para o próprio e para os que o rodeiam (Fritzen, 2000).</p> <p>O campo compreendido no interior do retângulo representa o espaço interpessoal que se subdivide em quatro quadrantes, sendo que cada um representa uma combinação específica de informação que visa determinar a qualidade das relações interpessoais (Fachada,2010).</p> <p>A mesma autora refere que da que a janela ideal é a que predomina a área da arena, uma vez que indica que a pessoa dá o máximo de informação sobre si e conseqüentemente diminui a possibilidade dos outros interpretarem mal o seu comportamento. Este estilo é o que proporciona fraqueza e abertura, maior participação e produtividade.</p> <p>De acordo com o que é referido pela Ordem dos Enfermeiros (2009), o enfermeiro especialista apresenta competências comuns na área da gestão de qualidade, gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pelo que considero que esta formação em serviço se enquadra nestas competências. Bem como, relativamente ao especialista em saúde mental e psiquiatria presta cuidados de âmbito psicoeducacional e psicoterapêutico, mobilizando o contexto e a dinâmica individual e grupal de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, (2012). <i>Promoção da saúde mental no local de trabalho: resumo de um relatório de boas práticas.</i></p> <p>Comissão das Comunidades Europeias, (2005). Livro verde: melhorara a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia. Bruxelas.</p> <p>Costa, R. e Patrão, I. (2006). <i>Stress e burnout em profissionais de saúde.</i> In Leal, I., Ribeiro, J.L.P. e Jesus, S. N.. Atas do 6º congresso nacional de psicologia da saúde: saúde, bem-estar e qualidade de vida. Lisboa: ISPA, (851-856).</p> <p>Fachada, M.O. (2010). <i>Psicologia das relações interpessoais.</i> Lisboa: Edições silabo. 1ª ed.</p> <p>Fritzen, S. J. (2000). <i>Janela de Johari: Exercícios vivenciais de dinâmica de grupo, relações humanas e de sensibilidade.</i> Petropolis: Editora Vozes. 17ª ed.</p> <p>Maslach, C. (2010). <i>Burnout como um importante desafio profissional para os médicos.</i> Simpósio internacional da ordem dos médicos. Lisboa.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2009). <i>Modelo de Desenvolvimento Profissional. Caderno temático – sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE).</i> Lisboa: Autor.</p> <p>Organização mundial de Saúde -OMS- (2010). <i>Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para acção.</i> Brasília: SESI/DN.</p> <p>Lehtinem, V. (coordenador) (2008). <i>Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente.</i> Finland.</p>

ANEXO VII

Copenhagen Burnout Inventory e Resultados obtidos

Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – PT (CBI - PT)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale um dos quadrados para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

	Sempre	Frequente mente	As vezes	Raramente	Nunca/ quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?					
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?					
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?					
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?					
5. Com que frequência se sente fatigado/a?					
6. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?					
7. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?					
8. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?					
9. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?					
10. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?					
11. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?					
12. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?					
13. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?					
14. Acha difícil trabalhar com utentes?					
15. Acha frustrante trabalhar com utentes?					
16. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?					
17. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?					
18. Está cansado de trabalhar com utentes?					
19. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?					

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Avaliação do instrumento Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – ANTES/DEPOIS

	Pontuação final (0-100) ANTES	Pontuação final (0-100) DEPOIS	Burnout Pessoal	Burnout relacionado com trabalho	Burnout relacionado com cliente
Enf ^a C	47,4	37,4	53,6	57,1	20,8
AO CE	22,4	14,1	21,4	16,7	10,7
Enf ^o J	34,2	23,7	42,8	42,9	8,3
Enf ^a A	25	Faltou	21,4	28,6	20,8

Valor mínimo – 0

Valor máximo – 100

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a 50 pontos

De acordo com os dados apresentados, as pessoas que participaram na formação em serviço manifestaram evolução franca a nível da sua saúde mental, diminuindo os scores de burnout (ver pontuação final antes e depois). Ou seja, demonstrou-se ser importante a promoção da saúde no local de trabalho, tendo todos os profissionais beneficiado com as sessões executadas.

A Enf^a A faltou à última sessão não sendo possível avaliar a sua evolução.

ANEXO VIII

Projeto da consulta de enfermagem de saúde mental de ligação, enviado à
administração do CHMT



CHMT
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.

FICHA PROJECTO

UNIDADE: Abrantes Tomar Torres Novas

SERVIÇO: HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

RESPONSÁVEL PELO PROJECTO	DIRECTOR / ENFERMEIRO CHEFE	VOGAL EXECUTIVO DA ÁREA
---------------------------	-----------------------------	-------------------------

Enf ^a Maria Elisa Carraca Gariso	Enf ^o Cesaltino Fonte Enf ^o Jorge Lains	
---	--	--

ELEMENTOS DA EQUIPA DE TRABALHO

Enfermeira Especialista em Saúde Mental.

Projeto desenvolvido em conjunto com a Consulta de Psiquiatria de Ligação ao cargo do Dr. António Carvalho.

DESIGNAÇÃO DO PROJECTO

Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação.

FINALIDADE / OBJECTIVO DO PROJECTO

Enquadrando-se no Mestrado em saúde Mental e Psiquiatria, pude desenvolver o ensino clínico no serviço de Hospital de Dia de Oncologia no qual tive a oportunidade de realizar um estudo quase experimental do tipo pré teste, pós teste sem grupo de controlo com o objetivo de avaliar o impacto da psicoterapia de grupo na saúde mental dos familiares da pessoa com doença oncológica, atingindo diferenças estatisticamente significativas nos instrumentos de avaliação utilizados no grupo (EADS-21 e MHI-5).

Em seguimento desse estudo tenho como intenção pôr em prática a consulta de Enfermagem de Saúde Mental, tendo como objetivos, concomitantemente com o estudo supracitado defenido os seguintes objetivos:

- Promover a partilha e encontro dos familiares da pessoa com doença oncológica, visando a aquisição de estratégias para lidar com situações de stress inerentes à doença oncológica.
- Consciencializar os elementos do grupo para a necessidade do seu autoconhecimento.
- Incentivar os participantes a pensarem de forma positiva, promovendo o desenvolvimento pessoal (reestruturação cognitiva).
- Melhorar e promover a saúde mental dos elementos do grupo.

JUSTIFICAÇÃO (DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO / PROBLEMA, FUNDAMENTAÇÃO)

No contexto sociocultural a família desempenha um papel fulcral no crescimento dos seus elementos. É no seio familiar que cada um dos seus elementos encontra estabilidade e harmonia para ultrapassar situações de crise que surgem ao longo do ciclo vital. A doença e

morte atingem não só a pessoa doente como toda a sua família, sendo que “a doença de um membro da família é também doença familiar”, em que todos os seus elementos sentem o sofrimento e a dor, desta forma o doente e a família constituem a unidade a cuidar (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010, p.753).

De acordo com a mesma autora, a OMS priorizou os cuidados aos doentes em fim de vida, reconhecendo que é sobre a família que recai maior carga.

Um grupo de encontro é um grupo que pode, efetivamente, ser terapêutico, baseado na teoria de Rogers, é centrado na pessoa e não tem como objetivo primário trabalhar situações patológicas de saúde mental. Os objetivos de um grupo de encontro são estabelecidos pelo próprio grupo, com o apoio de uma liderança não diretiva, exigindo do líder uma preparação adequada ao seu papel e funções, como a congruência, a empatia e o apoio incondicional. Desta forma o líder funciona com um membro do grupo, o que significa que o grupo é livre, responsável por ele próprio e desde que se crie um ambiente de relacionamento ele próprio tomará o seu rumo e cada um dos membros desenvolverá em segurança os seus potenciais máximos (Guerra e Lima, 2005).

As pessoas que constituem grupos de encontro possuem as mesmas motivações e metas a atingir, desta forma constata-se que os grupos de encontro exercem um efeito terapêutico nos seus elementos. Desta forma verifica-se que este tipo de grupo tem algumas propriedades únicas como: os seus membros não se sentem sós e únicos nos seus problemas, necessidade de partilha pessoal e necessidade de crescimento ou mudança (Lieberman, 1979 citado por Guerra e Lima, 2005). Esta vivência de um problema semelhante dá coesão ao grupo, assumindo-se este como um grupo familiar, fazendo com que surjam algumas características próprias deste funcionamento grupal como: aceitação incondicional, a expressão de sentimentos autêntica e a segurança normalmente sentida dentro do grupo (Guerra e Lima 2005).

As técnicas de dinâmica são instrumentos que ajudam a alcançar os objetivos propostos para o grupo, devem sempre ser adaptadas às necessidades do grupo e por isso são flexíveis e não rígidas. O principal objetivo para a utilização de dinâmicas é melhorar o desempenho dos membros do grupo e do grupo em si. A sua seleção deve ter sempre em consideração os objetivos, o tamanho, as normas, a atmosfera (formalidade/informalidade), a sintonia (personalidade) e o seu estágio de desenvolvimento (Guerra e Lima 2005).

Os profissionais podem desempenhar um papel importante na vida dos utentes e da sua família durante o período de internamento, através da promoção de espaços de conversação, utilizando a fala, a escuta ativa e a contínua interação, permitindo uma partilha dos medos e das falas ocultas, podendo ser esclarecidos, mediante uma relação horizontal entre profissionais e utente, facilitando a confiança, a cooperação e a responsabilidade. Os grupos de encontro, técnicas psicodramáticas e role-play são citados como técnicas que estão a ser usadas para preparar os utentes e família a enfrentarem os seus problemas de saúde (Silva, Pinheiro, Souza & Moreira, 2011).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 3), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a prestação de cuidados no “âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Segundo a DGS (2012) os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição de produtividade (desemprego, absentismo, baixas por doença e apoio a familiar doente) tem um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, sendo estes factos ilustrativos da relevância que as políticas de saúde mental devem assumir.

DESCRIÇÃO DO PROJECTO E SUAS ACTIVIDADES ASSOCIADAS

(O QUE SE PRETENDE REALIZAR E EM QUE TIMINGS)

Numa primeira fase será realizada uma avaliação e sinalização dos utentes e suas famílias através de consulta de enfermagem de saúde mental. Nesta avaliação inicial será realizado um despiste de ocorrência de psicopatologia, bem como o funcionamento da dinâmica familiar, através da realização de uma entrevista e da aplicação de instrumentos de avaliação.

Sendo detetadas alterações os doentes e/ou as suas famílias passarão a ser acompanhadas em grupos terapêuticos dirigidos por enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria. Sempre que a intensidade dos sintomas detetados, na entrevista inicial, ou ao longo do

acompanhamento em grupo terapêutico, for de maior gravidade, os doentes serão orientados para a consulta do psiquiatra de ligação.

METODOLOGIA

As sessões dos grupos terapêuticos/encontro deverão ser oito a dez sessões por cada grupo, de duas horas cada, com periodicidade semanal ou quinzenal, desenvolvendo-se intervenções de enfermagem de saúde mental como: psicoterapia de grupo, jogos psicológicos, escuta ativa, inversão de papéis, espelho, livre expressão de sentimentos e técnicas de relaxamento, tentando desta forma transformar os participantes em elementos proactivos no seu processo de saúde mental.

No início e no fim das sessões serão utilizados os instrumentos de avaliação, EADS -21 e MHI-5, de forma a averiguar os ganhos em saúde.

RECURSOS AFECTOS

Recursos humanos:

Enfermeiro especialista em saúde mental – Terapeuta.

Recursos Materiais:

Uma sala ampla;

Cadeiras.

RESULTADOS PREVISTOS

Promoção da saúde mental nos familiares e pessoas com doença oncológica do Centro Hospitalar Médio Tejo, havendo ganhos em saúde com diminuição de surgimento ou agravamento de patologia psiquiátrica e eventual consumo de medicação e aumento de cuidados de saúde, sendo este posteriormente um local de referência de qualidade de cuidados, de acordo com o regulamento 129/2011 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Serão utilizados os instrumentos de avaliação Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS - 21), constituída por 21 itens e o instrumento Inventário de Saúde Mental constituído por 5 itens (MHI-5), ambos validados para a população portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS – Direção Geral de Saúde (2012). Programas de saúde prioritários – Programa Nacional de Saúde Mental. Disponível em: www.dgs.pt. Acedido em: 28/10/2013.

Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves M.J. (2010). *Manual de cuidados paliativos*. Núcleo de cuidados paliativos, Centro de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ªed.

Guerra, M. P., Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi- Editores.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa.

Silva, M. A. M., Pinheiro, A. K. B., Souza, A. M. A., & Moreira, A. C. A., 2011. *Promoção da saúde em ambiente hospitalar*. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem. 64 (3).

ANEXO IX

Jogo psicológico “O meu brasão pessoal”

15 O MEU BRASÃO PESSOAL



APRESENTAÇÃO

MARIA ADELNIDE COSTA
 77 ANOS CASADA
 49 ANOS EM O MESMO PA-
 RIDO - RESIDUO REM -
 REFORMADA

O QUE GOSTO

LER - PENSAR - MECACOU
 VIR - CONVERSAR - AJUDAR
 SILENCIAR

O QUE ME FAZ FELIZ

PAZ - AMOR - HARMONIA
 MEDITAÇÃO - DA NATUREZA - SILENCIO

O QUE ME DEIXA TRISTE

AS TREVAS DA VIDA

15 O MEU BRASÃO PESSOAL



Isabel
 37 anos
 casada
 1 filha
 tenho apoio à
 Grávida de momento
 desocupada
 VEJO AS PESSOAS
 que gosto
 felizes

ler
 andar a pé
 fazer bolo

VEJO AS PESSOAS
 que gosto
 sofrerem.

15 O MEU BRASÃO PESSOAL



Identificação

Suzene
 68 anos
 casada
 com 1 filha

O que me faz feliz

o amor
 o sorriso de
 minha filha
 o sorriso
 sem

O que me deixa triste

o dor
 o abandono

O que me dá gosto

fazer croquetes
 Soltar o meu
 filho um bocado
 estar com os amigos
 também

Um dia de cada vez

Isabel Zorini

15 O MEU BRASÃO PESSOAL



Alice
 52 Anos

O que eu gosto

gosto de
 animais, de
 eucares,
 e do meu
 etc.

O que me deixa feliz

ver os meus
 sobrinhos
 sair um
 bocado
 de casa
 para esquecer
 os problemas.

Tristeza

As
 pessoas
 que
 sabem
 e que não
 tem
 comida

ANEXO X

Convite para as sessões do grupo de encontro

“Às terças com saúde mental”



Grupo de encontro

Dias 4, 11, 18 e 25 de junho –Terças-feiras.

Horário: 14h30 às 16h30.

Local: Sala de reuniões do serviço de Psiquiatria.

Destinatários: Familiares de pessoas com doença oncológica a realizar quimioterapia.

ANEXO XI

Pedido formal à Comissão de Ética do CHMT para realização do estudo

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro
Hospitalar do Médio Tejo
Eng.º Joaquim Nabais Esperancinha

CC Sr. Enfermeiro Diretor: Enfermeiro Nelson da Silva
CC Sr^a Enfermeira Coordenadora do DAM: Enfermeira Filomena Graça
CC Sr. Enfermeiro Chefe Do Hospital de Dia de Oncologia: Enfermeiro Jorge Lains

Maria Elisa Carraca Gariso, enfermeira, a realizar ensino clínico no Hospital de Dia de Oncologia do CHMT- Unidade de Tomar, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria alusivo ao ano letivo 2012/2013, da Escola Superior de Saúde de Leiria, vem por este meio solicitar a vossa autorização para a aplicação de dois instrumentos de avaliação (escalas validadas para a população portuguesa), a familiares de pessoas com doença oncológica para desenvolvimento de intervenções de enfermagem em saúde mental (psicoeducação e psicoterapia) em grupo a esses familiares – “Às terças com saúde mental” – no serviço onde me encontro a realizar o referido ensino clínico.

Objetivos propostos para o estudo:

- Perceber o impacto da doença oncológica nos familiares;
- Avaliar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria na promoção da saúde mental nos familiares de pessoas com doença oncológica.

Para a realização do presente estudo, utilizarei a escala de EADS (escala de ansiedade, depressão e stress) e a escala MHI (mental health inventory) que serão preenchidos pelos familiares das pessoas com doença oncológica a realizar quimioterapia no hospital de dia de oncologia da unidade de Tomar. Os instrumentos de avaliação encontram-se em anexo.

A aplicação destes instrumentos realizar-se-á no mês de junho de 2013. Não será causado qualquer dano ao funcionamento do serviço e da instituição.

Será obtido o consentimento informado dos participantes e garantidas a confidencialidade dos dados, a privacidade e o respeito pelas pessoas.

Solicito também o vosso consentimento para revelar o nome da instituição no relatório final deste estudo.

Agradeço a vossa compreensão e a vossa colaboração, na medida em que esta é indispensável para a concretização do estudo.

Atenciosamente,

Maria Elisa Carraca Gariso, Enfermeira

Tomar, 30/05/2013

ANEXO XII

Parecer da comissão de ética do CHMT para realização do estudo

Pedido de estudo 2013.21 "Às terças com saúde mental"

Loide da Silva Tomas Madureira

Acções

Para:

[Maria Elisa Gariso](#)

Cc:

[Nuno Miguel Marta O S Freitas](#); [Teresa Madaleno](#)

quinta-feira, 4 de Julho de 2013 17:15

Exma. Sr.ª Enf.ª M.ª Elisa Gariso,

Encarrega-me o Sr. Dr. Nuno Freitas, Presidente da Comissão de Ética do CHMT, de efetuar este contacto.

Após o seu pedido à Sr.ª Enf.ª Teresa Madaleno foi analisado o seu projeto não se achando, à partida, nenhum constrangimento para a sua realização. Uma vez que formalmente o parecer da Comissão de Ética tem de ser discutido em reunião agendaremos este assunto na próxima ordem de trabalhos. No entanto, dado não se prever nenhuma reunião brevemente, consideramos que poderá iniciar a recolha dos dados. É de ressaltar que o Enfermeiro Chefe do Serviço deve ter conhecimento do estudo e que deve obter a sua aprovação para o mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

Loide Madureira

Secretariado

Comissão de Controlo de Infecção | Comissão de Ética

CHMT, EPE

Extensões: 729701/800238/601303 | loide.madureira@chmt.min-saude.pt

cci@chmt.min-saude.pt | comissao.etica@chmt.min-saude.pt

ANEXO XIII

Contrato terapêutico do grupo de encontro

CONTRATO TERAPÊUTICO

Bem-vinda a este espaço de partilha e consulta, que esperamos a possa ajudar a encontrar estratégias para lidar com a sua saúde mental de forma positiva, face ao seu sofrimento mental. Segue-se informação importante sobre as sessões de grupo que se vão realizar.

Por favor, leia e assine no fim, para indicar que tomou conhecimento dessa informação.

Duração e frequência das sessões de grupo: as sessões de grupo costumam envolver uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e a aluna da EESMP com um grupo de pessoas que são familiares de pessoas com doença oncológica e a realizar quimioterapia no Serviço de Hospital de Dia da Unidade de Tomar. Tem uma periodicidade semanal e regular de quatro sessões, acontecendo às 3^{as} feiras com a duração de aproximadamente 120 minutos. A duração e frequência podem variar consoante a natureza do grupo e as necessidades individuais discutidas com as Enfermeiras responsáveis e acordadas com todo o grupo.

Local: As sessões terão lugar na sala de reunião do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Tomar.

Confidencialidade: A informação que partilhar no grupo será mantida, pelos Enfermeiros presentes, em estrita confidencialidade e não será revelada sem o seu conhecimento para fora da equipa terapêutica. Deve ser mantida a informação partilhada pelo grupo e no grupo. Se necessitar de discutir a sua situação com um colega ou supervisor (Tutor), farei o possível para disfarçar a informação que o possa identificar.

Desistência ou ausência: Se tiver a necessidade de cancelar a marcação (apenas por assuntos urgentes ou doença), faça-o com antecedência, pois caso contrário estará a desrespeitar os outros elementos do grupo e os Enfermeiros e sendo uma terapia em continuação, não poderá usufruir de todos os seus benefícios. Tem o direito de desistir a qualquer momento, sendo solicitado que informe com dois a três dias de antecedência.

Telefones e contactos de urgência: sempre que necessitar de contactar, pode telefonar o Hospital de Dia de Oncologia da Unidade de Tomar. Caso eu não possa atender deixe mensagem e, assim que possível, responderei à sua solicitação.

Consentimento Informado: Li e compreendi as informações anteriores. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre elas e concordo em entrar nas sessões de grupo com vista à prestação de cuidados de âmbito psicoeducacional, psicoterapêutico e de relaxamento a realizar pela Enfermeira do 2º CMESMP orientada pela Enfermeira especialista em Saúde Mental.

Data: ____ / ____ / ____.

(assinatura)

ANEXO XIV

Planos das 4 sessões do grupo de encontro

Plano de Sessão 1 – Psicoterapia/Psicoeducação	
Tema	“Às terças com saúde mental” - Grupo de encontro
Local	Sala de reuniões do serviço de psiquiatria
Data	04 de junho de 2013.
Duração	2 horas (14h30-16h30).
Terapeuta/Co-terapeuta	Enfª Elisa Gariso / EESMP Cláudia Mourão
Destinatários	Familiares de pessoas com doença oncológica a realizar quimioterapia no Hospital de Dia de Oncologia da unidade de Tomar, que queiram voluntariamente participar nas sessões.
Recursos materiais/Estratégias	Folha com o brasão; Contrato terapêutico; Escala de avaliação EADS-21 e MHI-5; Canetas, marcadores, lápis de cor; Rolo de lã colorido.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha e encontro visando a aquisição de estratégias para lidar com a situação de familiares com doença oncológica, permitindo a partilha de sentimentos, preocupações e dúvidas. - Consciencializar os participantes para a importância do seu autoconhecimento. - Incentivar os participantes a pensarem de forma mais positiva, promovendo um maior crescimento pessoal. - Melhorar a Saúde Mental dos participantes.
Desenvolvimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunião dos familiares numa sala reservada de forma a proporcionar da partilha de sentimentos; 2. Apresentação da terapeuta e co-terapeuta. 3. Apresentação dos participantes na sessão através da dinâmica “o brasão de armas”: 3.1. Distribuir uma folha com o brasão de armas e pedir a cada elemento que desenhe o seu próprio brasão de armas escrevendo ou desenhando: Quadrante superior direito: “Quem sou” (nome, idade, profissão,...).

	<p>Quadrante superior esquerdo: “O que mais gosto”.</p> <p>Quadrante inferior direito: “O que me deixa triste”</p> <p>Quadrante inferior esquerdo: “O que me faz sentir feliz”.</p> <p>4. Informação e esclarecimento acerca do objetivo e programação das sessões;</p> <p>5. Leitura e clarificação do contrato terapêutico;</p> <p>6. Preenchimento e clarificação dos instrumentos de avaliação utilizados (escala EADS e MHI);</p> <p>7. Encerramento da sessão através da dinâmica de grupo novelo de lã:</p> <p>7.1. Pedir aos participantes que passem o novelo de lã entre eles verbalizando antes de passarem expectativas quanto ao grupo e uma mensagem positiva.</p> <p>7.2. Partilharem o seu “Lema de vida”.</p> <p>8. Pedir que numa palavra caracterizem a sessão.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura dos participantes durante a sessão; - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas. - Caracterização da sessão numa palavra.
Justificação	<p>No contexto sociocultural a família desempenha um papel fulcral no crescimento dos seus elementos. É no seio familiar que cada um dos seus elementos encontra estabilidade e harmonia para ultrapassar situações de crise que surgem ao longo do ciclo vital. A doença e morte atingem não só a pessoa doente como toda a sua família, sendo que “a doença de um membro da família é também doença familiar”, em que todos os seus elementos sentem o sofrimento e a dor, desta forma o doente e a família constituem a unidade a cuidar (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010, p.753). De acordo com a mesma autora a OMS priorizou os cuidados aos doentes em fim de vida, reconhecendo que é sobre a família que recai maior carga.</p> <p>Um grupo de encontro é um grupo que pode, efetivamente, ser terapêutico, baseado na teoria de Rogers, é centrado na pessoa e não tem como objetivo primário trabalhar situações patológicas de saúde mental. Os objetivos de um grupo de encontro são estabelecidos pelo próprio grupo, com o apoio de uma liderança não diretiva, exigindo do líder uma preparação adequada ao seu papel e funções, como a congruência, a empatia e o apoio incondicional. Desta forma o líder funciona com um membro do grupo, o que significa que o grupo é livre, responsável por ele próprio e desde que se crie um ambiente de relacionamento ele próprio tomará o seu rumo e cada um dos membros desenvolverá em segurança os seus potenciais máximos (Guerra e Lima, 2005).</p> <p>As pessoas que constituem grupos de encontro possuem as mesmas motivações e metas a atingir, desta forma constata-se que os grupos de encontro exercem um efeito terapêutico nos seus elementos. Desta forma verifica-se que este tipo de grupo tem algumas propriedades únicas como: os seus membros não se sentem sós e únicos nos seus problemas, necessidade de partilha pessoal e necessidade de</p>

	<p>crescimento ou mudança (Liberman, 1979 citado por Guerra e Lima, 2005). Esta vivência de um problema semelhante dá coesão ao grupo, assumindo-se este como um grupo familiar, fazendo com que surjam algumas características próprias deste funcionamento grupal como: aceitação incondicional, a expressão de sentimentos autêntica e a segurança normalmente sentida dentro do grupo (Guerra e Lima 2005).</p> <p>As técnicas de dinâmica são instrumentos que ajudam a alcançar os objetivos propostos para o grupo, devem sempre ser adaptadas às necessidades do grupo e por isso são flexíveis e não rígidas. O principal objetivo para a utilização de dinâmicas é melhorar o desempenho dos membros do grupo e do grupo em si. A sua seleção deve ter sempre em consideração os objetivos, o tamanho, as normas, a atmosfera (formalidade/informalidade), a sintonia (personalidade) e o seu estágio de desenvolvimento (Guerra e Lima 2005).</p> <p>O presente grupo selecionado é heterogéneo, fechado e encontra-se na fase I de desenvolvimento – fase inicial ou de orientação. Nesta fase o diretor e o grupo trabalham juntos para estabelecer as regras que vão reger o grupo, sendo estabelecidos os seus objetivos. Os membros são apresentados uns aos outros (Townsend, 2011).</p> <p>Os profissionais podem desempenhar um papel importante na vida dos utentes e da sua família durante o período de internamento, através da promoção de espaços de conversação, utilizando a fala, a escuta ativa e a contínua interação, permitindo uma partilha dos medos e das falas ocultas, podendo ser esclarecidos, mediante uma relação horizontal entre profissionais e utente, facilitando a confiança, a cooperação e a responsabilidade. Os grupos de encontro, técnicas psicodramáticas e rol-play são citados como técnicas que estão a ser usadas para contribuir para preparar dos utentes e família para enfrentarem os seus problemas de saúde (Silva, Pinheiro, Souza & Moreira, 2011).</p> <p>De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 3), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a prestação de cuidados no “âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves M.J. (2010). <i>Manual de cuidados paliativos</i>. Núcleo de cuidados paliativos, Centro de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ªed.</p> <p>Guerra, M. P., Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde</i>. Lisboa: Climepsi- Editores.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2010). <i>Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental</i>. Lisboa.</p> <p>Silva, M. A. M., Pinheiro, A. K. B., Souza, A. M. A., & Moreira, A. C. A., 2011. <i>Promoção da saúde em ambiente hospitalar</i>. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem. 64 (3).</p> <p>Townsend, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano de Sessão 2 – Psicoterapia/Psicoeducação	
Tema	“Às terças com saúde mental” - Grupo de encontro
Local	Sala de reuniões do serviço de psiquiatria
Data	11 de junho de 2013.
Duração	2 horas (14h30-16h30).
Terapeuta/Co-terapeuta	Enfª Elisa Gariso / EESM. Cláudia Mourão
Destinatários	D. Isa.; D. Ali.; D. M. A.; D. Suzi.
Recursos materiais	Cadeiras; Saco dos sentimentos; Canetas, marcadores, lápis de cor; Folhas de papel;
Objetivos	-Promover a partilha e encontro visando a aquisição de estratégias para lidar com a situação de familiares com doença oncológica, permitindo a expressão de sentimentos, preocupações e dúvidas. - Consciencializar os participantes para a necessidade do seu autoconhecimento. - Incentivar os participantes a pensarem de forma mais positiva. - Melhorar a Saúde Mental dos participantes.
Desenvolvimento	1. Reunião dos familiares numa sala reservada de forma a proporcionar a partilha de sentimentos; 2. Perguntar como correu a semana e promover uma pequena partilha de experiências; 3.Pedir aos elementos do grupo que se sentem em círculo; 4. Explicar a dinâmica “O agente de viagens”: 4.1. Pedir aos participantes que imaginem uma viagem de sonho, pode ser a um local no qual se sintam seguras, pode ser no tempo, um local do seu quotidiano. 4.2. Pedir para descreverem pormenores da viagem; 4.3. Perguntar que sentimentos essa viagem lhes provoca;

	<p>4.4. Permitir a expressão de sentimentos;</p> <p>5. Pedir às utentes que em casa escrevam as situações, durante a semana, que mais geraram ansiedade e quais as estratégias utilizadas para as ultrapassar.</p> <p>6. Pedir que numa palavra caracterizem a sessão.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura dos participantes durante a sessão - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas. - Caracterização da sessão numa palavra.
Justificação	<p>No contexto sociocultural a família desempenha um papel fulcral no crescimento dos seus elementos. É no seio familiar que cada um dos seus elementos encontra estabilidade e harmonia para ultrapassar situações de crise que surgem ao longo do ciclo vital. A doença e morte atingem não só a pessoa doente como toda a sua família, sendo que “a doença de um membro da família é também doença familiar”, em que todos os seus elementos sentem o sofrimento e a dor, desta forma o doente e a família constituem a unidade a cuidar (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010, p.753). De acordo com os mesmos autores a OMS priorizou os cuidados aos doentes em fim de vida, reconhecendo que é sobre a família que recai maior carga.</p> <p>Um grupo de encontro é um grupo que pode efetivamente ser terapêutico, baseado na teoria de Rogers, é centrado na pessoa e não tem como objetivo primário trabalhar situações patológicas de saúde mental. Os objetivos de um grupo de encontro são estabelecidos pelo próprio grupo, com o apoio de uma liderança não diretiva, exigindo do líder uma preparação adequada ao seu papel e funções, como a congruência, a empatia e o apoio incondicional. Desta forma o líder funciona com um membro do grupo, o que significa que o grupo é livre, responsável por ele próprio e desde que se crie um ambiente de relacionamento ele próprio tomará o seu rumo e cada um dos membros desenvolverá em segurança os seus potenciais máximos (Guerra & Lima, 2005).</p> <p>As pessoas que constituem grupos de encontro possuem as mesmas motivações e metas a atingir, desta forma constata-se que os grupos de encontro exercem um efeito terapêutico nos seus elementos. Desta forma verifica-se que este tipo de grupo tem algumas propriedades únicas como: os seus membros não se sentem sós e únicos nos seus problemas, necessidade de partilha pessoal e necessidade de crescimento ou mudança (Lieberman, 1979 citado por Guerra & Lima, 2005). Esta vivência de um problema semelhante dá coesão ao grupo, assumindo-se este como um grupo familiar, fazendo com que surjam algumas características próprias deste funcionamento grupal como: aceitação incondicional, a expressão de sentimentos autêntica e a segurança normalmente sentida dentro do grupo (Guerra & Lima 2005).</p> <p>As técnicas de dinâmica são instrumentos que ajudam a alcançar os objetivos propostos para o grupo, devem sempre ser adaptadas às necessidades do grupo e por isso são flexíveis e não rígidas. O principal objetivo para a utilização de dinâmicas é melhorar o desempenho dos membros do grupo e do grupo em si. A sua seleção deve ter sempre em consideração os objetivos, o tamanho, as normas, a atmosfera (formalidade/informalidade), a sintonia (personalidade) e o seu estágio de desenvolvimento (Guerra & Lima 2005).</p>

	<p>O presente grupo selecionado é heterogéneo, fechado. De acordo com as fases de desenvolvimento de um grupo de Bennis e Shepard, encontram-se na 1ª fase (dependência/autoridade) e na 3ª subfase (resolução e catarse). Nesta fase o grupo começa a compreender o seu funcionamento e gera-se um sentimento de alívio que proporciona a catarse dos seus elementos. Surge uma sensação de alegria em pertencer ao grupo e os seus elementos começam a avaliar a pertença ao grupo como algo positivo e gratificante. Nesta fase a intervenção do moderador adquire menos ênfase e de forma progressiva vai terminar a dependência face ao mesmo (Guerra e Lima, 2005).</p> <p>Nestas sessões irão ser utilizados jogos psicológicos que foram construídos como métodos projetivos para ajudar os elementos do grupo a tomar consciência das suas recordações, sentimentos, desejos, ideias e esperanças. É sempre necessário avaliar o momento correto para aplicação de jogos, uma vez que há os que são apropriados para o início da sessão como os que são apropriados para a fase conclusiva da sessão (Manes, 2003).</p> <p>As sessões realizadas são de âmbito psicoterapêutico, uma vez que baseado no relacionamento interpessoal têm como objetivo ajudar a pessoa a ultrapassar problemas de vida, aumentando os sentimentos de bem-estar. E ainda de âmbito psicoeducacional porque visa a compreensão dos vários fatores inerentes a uma doença de forma clara e concisa.</p> <p>De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 3), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a prestação de cuidados no “âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves M.J. (2010). <i>Manual de cuidados paliativos</i>. Núcleo de cuidados paliativos, Centro de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ªed.</p> <p>Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde</i>. Lisboa: Climepsi- Editores.</p> <p>Manes, S. (2003). <i>83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos</i> (3ª edição). (José Jacinto Correia Serra, Trad.). Apelação: Paulus Editora. (Trabalho original em Italiano).</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2010). <i>Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental</i>. Lisboa.</p> <p>Townsend, M. C. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência</i>. (6ª edição). Loures: Lusociência.</p>

Plano de Sessão 3 – Psicoterapia/Psicoeducação	
Tema	“Às terças com saúde mental” - Grupo de encontro
Local	Sala de reuniões do serviço de psiquiatria
Data	18 de junho de 2013.
Duração	2 horas (14h30-16h30).
Terapeuta/Co-terapeuta	Enfª Elisa Gariso / Prof. Cláudia Mourão
Destinatários	D. Isa.; D. Ali.; D. M. A.; D. Suzi.
Recursos materiais	Cadeiras; Saco dos sentimentos; Canetas, marcadores, lápis de cor; Folhas de papel;
Objetivos	-Promover a partilha e encontro visando a aquisição de estratégias para lidar com a situação de familiares com doença oncológica, permitindo a partilha de sentimentos, preocupações e dúvidas. -Consciencializar os participantes da a necessidade do seu autoconhecimento. - Incentivar os participantes a pensarem de forma mais positiva. - Melhorar a Saúde Mental dos participantes.
Desenvolvimento	1. Reunião dos familiares na sala marcada disposta em círculo; 2. Perguntar como correu a semana e promover uma pequena partilha de experiências; 3. Explicar a dinâmica “saco dos sentimentos” (positivos); 3.1. Pedir aos participantes que retirem de dentro do ”saco” um papel com um sentimento impresso; 3.2. Pedir que diga em voz alta o sentimento impresso e que posteriormente reflita sobre ele, referindo: - Defina o sentimento (“o que é para ele aquele sentimento para ela”); - Com se sente (“sente esse sentimento em si”); - Como percecionam aquele sentimento no processo de doença;

	<p>3.3. Após retirarem 3 sentimentos pedir que desenhem um dos sentimentos e expliquem o desenho.</p> <p>4. Promover a partilha de sentimentos.</p> <p>5. Pedir que numa palavra caracterizem a sessão.</p>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura dos participantes durante a sessão - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas. - Caracterização da sessão numa palavra.
Justificação	<p>No contexto sociocultural a família desempenha um papel fulcral no crescimento dos seus elementos. É no seio familiar que cada um dos seus elementos encontra estabilidade e harmonia para ultrapassar situações de crise que surgem ao longo do ciclo vital. A doença e morte atingem não só a pessoa doente como toda a sua família, sendo que “a doença de um membro da família é também doença familiar”, em que todos os seus elementos sentem o sofrimento e a dor, desta forma o doente e a família constituem a unidade a cuidar (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010, p.753). De acordo com a mesma autora a OMS priorizou os cuidados aos doentes em fim de vida, reconhecendo que é sobre a família que recai maior carga.</p> <p>Um grupo de encontro é um grupo que pode efetivamente ser terapêutico, baseado na teoria de Rogers, é centrado na pessoa e não tem como objetivo primário trabalhar situações patológicas de saúde mental. Os objetivos de um grupo de encontro são estabelecidos pelo próprio grupo, com o apoio de uma liderança não diretiva, exigindo do líder uma preparação adequada ao seu papel e funções, como a congruência, a empatia e o apoio incondicional. Desta forma o líder funciona com um membro do grupo, o que significa que o grupo é livre, responsável por ele próprio e desde que se crie um ambiente de relacionamento ele próprio tomará o seu rumo e cada um dos membros desenvolverá em segurança os seus potenciais máximos (Guerra e Lima, 2005).</p> <p>As pessoas que constituem grupos de encontro possuem as mesmas motivações e metas a atingir, desta forma constata-se que os grupos de encontro exercem um efeito terapêutico nos seus elementos. Desta forma verifica-se que este tipo de grupo tem algumas propriedades únicas como: os seus membros não se sentem sós e únicos nos seus problemas, necessidade de partilha pessoal e necessidade de crescimento ou mudança (Lieberman, 1979 citado por Guerra e Lima, 2005). Esta vivência de um problema semelhante dá coesão ao grupo, assumindo-se este como um grupo familiar, fazendo com que surjam algumas características próprias deste funcionamento grupal como: aceitação incondicional, a expressão de sentimentos autêntica e a segurança normalmente sentida dentro do grupo (Guerra e Lima 2005).</p> <p>As técnicas de dinâmica são instrumentos que ajudam a alcançar os objetivos propostos para o grupo, devem sempre ser adaptadas às necessidades do grupo e por isso são flexíveis e não rígidas. O principal objetivo para a utilização de dinâmicas é melhorar o desempenho dos membros do grupo e do grupo em si. A sua seleção deve ter sempre em consideração os objetivos, o tamanho, as normas, a atmosfera (formalidade/informalidade), a sintonia (personalidade) e o seu estágio de desenvolvimento (Guerra e Lima, 2005). O presente grupo de acordo com as fases de desenvolvimento de um grupo, de Bennis e Shepard, encontram-se na 2ª fase (interdependência/intimidade) e na 3ª subfase (validação e catarse final). Nesta fase o grupo reflete a capacidade de escuta e o interesse pelas diferenças entre os seus elementos, emergindo novas formas de comunicação. São abordados temas mais pessoais e de relações</p>

	<p>humanas, num ambiente de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal. O grupo sente que valeu a pena e transpõe para o exterior do grupo as aprendizagens alcançadas (Guerra e Lima, 2005).</p> <p>A OMS define como competências fundamentais à manutenção da Saúde Mental a capacidade de gerir emoções, ter consciência de si, a habilidade nas relações interpessoais, a capacidade de comunicação, de resolução de problemas, de tomar decisões, o desenvolvimento de pensamento crítico e criativo, a capacidade de empatia com o outro e a capacidade de gerir o stress (Arisco, 2002).</p> <p>De acordo com Arisco (2002), o jogo assume um papel fundamental na promoção da saúde mental, pelo fato de se criar um espaço universal, adaptável aos mais diversos grupos etários e a nível de desenvolvimento pessoal. Segundo Manes (2003), os jogos psicológicos facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros. O recurso ao jogo constitui-se numa estratégia que permite a vivência prática nas mais variadas temáticas, deixando espaço para as interações e partilha entre os participantes. Para Joyce-Moniz (2010) a sistematização de pensamentos positivos no quotidiano constitui uma estratégia generalizada nos modelos de psicoterapia cognitiva para adultos no tratamento de distúrbios de depressão e de ansiedade.</p> <p>As sessões realizadas são de âmbito psicoterapêutico, uma vez que, baseado no relacionamento interpessoal têm como objetivo ajudar o utente a ultrapassar problemas de vida, aumentando os sentimentos de bem-estar. E ainda de âmbito psicoeducacional porque visa a compreensão dos vários fatores inerentes a uma doença de forma clara e concisa.</p> <p>De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 3), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a prestação de cuidados no “âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>ARISCO, Instituição para a promoção social e da saúde, (2002). <i>Baralhações: um baralho de emoções</i>. Queiroplás: Lisboa.</p> <p>Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves M. J. (2010). <i>Manual de cuidados paliativos</i>. Núcleo de cuidados paliativos, Centro de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ªed.</p> <p>Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde</i>. Lisboa: Climepsi- Editores.</p> <p>Joyce-Moniz, L. (2010). <i>Hipnose, meditação, relaxamento, dramatização: técnicas de sugestão e auto-regressão</i>. Porto: Porto editora.</p> <p>Manes, S. (2003). <i>83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos</i>. (José Jacinto Correia Serra, Trad.). 3ª ed. Apelação: Paulus Editora. (Trabalho original em Italiano).</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2010). <i>Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental</i>. Lisboa.</p>

Plano de Sessão 4 – Psicoterapia/Psicoeducação	
Tema	“Às terças com saúde mental” - Grupo de encontro
Local	Sala de reuniões do serviço de psiquiatria
Data	25 de junho de 2013.
Duração	2 horas (14h30-16h30).
Terapeuta/Co-terapeuta	Enfª Elisa Gariso / EESMP Cláudia Mourão
Destinatários	D. Isa., D. Ali., D. MA. e D. Suzi.
Recursos materiais/Estratégias	Música “dá-me um abraço”; CD com música calma com a temática mar. Guião de relaxamento “a praia”. Escala de avaliação EADS-21 e MHI-5; Canetas;
Objetivos	-Promover a partilha e encontro visando a aquisição de estratégias para lidar com a situação de familiares com doença oncológica, permitindo a partilha de sentimentos, preocupações e dúvidas. -Consciencializar os participantes para a necessidade do seu autoconhecimento. - Incentivar os participantes a pensarem de forma mais positiva. - Melhorar a Saúde Mental dos participantes.
Desenvolvimento	1. Reunião dos familiares na sala marcada disposta em círculo; 2. Perguntar como correu a semana e promover uma pequena partilha de experiências; 3. Explicar a dinâmica “terapia do abraço”; 3.1.Colocar a música “dá-me um abraço”, realizar a terapia do abraço. 4. Realizar relaxamento com o guião: “A praia”; 6. Preenchimento dos instrumentos de avaliação utilizados (escala EADS e MHI);

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do comportamento e postura dos participantes durante a sessão; - Incentivo à expressão de sentimentos, conhecimentos e dúvidas.
Justificação	<p>No contexto sociocultural a família desempenha um papel fulcral no crescimento dos seus elementos. É no seio familiar que cada um dos seus elementos encontra estabilidade e harmonia para ultrapassar situações de crise que surgem ao longo do ciclo vital. A doença e morte atingem não só a pessoa doente como toda a sua família, sendo que “a doença de um membro da família é também doença familiar”, em que todos os seus elementos sentem o sofrimento e a dor, desta forma o doente e a família constituem a unidade a cuidar (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010, p.753). De acordo com a mesma autora a OMS priorizou os cuidados aos doentes em fim de vida, reconhecendo que é sobre a família que recai maior carga.</p> <p>Um grupo de encontro é um grupo que pode efetivamente ser terapêutico, baseado na teoria de Rogers, é centrado na pessoa e não tem como objetivo primário trabalhar situações patológicas de saúde mental. Os objetivos de um grupo de encontro são estabelecidos pelo próprio grupo, com o apoio de uma liderança não diretiva, exigindo do líder uma preparação adequada ao seu papel e funções, como a congruência, a empatia e o apoio incondicional. Desta forma o líder funciona com um membro do grupo, o que significa que o grupo é livre, responsável por ele próprio e desde que se crie um ambiente de relacionamento ele próprio tomará o seu rumo e cada um dos membros desenvolverá em segurança os seus potenciais máximos (Guerra e Lima, 2005).</p> <p>As pessoas que constituem grupos de encontro possuem as mesmas motivações e metas a atingir, desta forma constata-se que os grupos de encontro exercem um efeito terapêutico nos seus elementos. Desta forma verifica-se que este tipo de grupo tem algumas propriedades únicas como: os seus membros não se sentem sós e únicos nos seus problemas, necessidade de partilha pessoal e necessidade de crescimento ou mudança (Lieberman, 1979 citado por Guerra e Lima, 2005). Esta vivência de um problema semelhante dá coesão ao grupo, assumindo-se este como um grupo familiar, fazendo com que surjam algumas características próprias deste funcionamento grupal como: aceitação incondicional, a expressão de sentimentos autêntica e a segurança normalmente sentida dentro do grupo (Guerra e Lima 2005).</p> <p>As técnicas de dinâmica são instrumentos que ajudam a alcançar os objetivos propostos para o grupo, devem sempre ser adaptadas às necessidades do grupo e por isso são flexíveis e não rígidas. O principal objetivo para a utilização de dinâmicas é melhorar o desempenho dos membros do grupo e do grupo em si. A sua seleção deve ter sempre em consideração os objetivos, o tamanho, as normas, a atmosfera (formalidade/informalidade), a sintonia (personalidade) e o seu estágio de desenvolvimento (Guerra e Lima 2005). O presente grupo de acordo com as fases de desenvolvimento de um grupo de Bennis e Shepard encontram-se na 2ª fase (interdependência/intimidade), 3ª subfase (validação e catarse final). Nesta fase o grupo reflete a capacidade de escuta e o interesse pelas diferenças entre os seus elementos, emergindo novas formas de comunicação. São abordados temas mais pessoais e de relações humanas, num ambiente de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal. O grupo sente que valeu a pena e transpõe para o exterior do grupo as aprendizagens alcançadas (Guerra e Lima, 2005).</p> <p>De acordo com Keating (2012), o toque físico é necessário tanto para o bem-estar físico como emocional. O toque terapêutico, base da prática de enfermagem, é reconhecido como uma ferramenta essencial para ajudar a aliviar a dor, a depressão, a ansiedade e para estimular a vontade de viver dos utentes. Embora o toque terapêutico possa executado de diferentes formas a autora defende que o abraço é uma</p>

	<p>forma especial de toque que contribui fundamentalmente para a cura e a saúde. A autora a cima referida enumera várias vantagens do abraço, sendo de destacar “acaba com a solidão”, “faz a gente superar o medo”, “abre passagem para os sentimentos”, “constrói a auto-estima”.</p> <p>Segundo Villemure & Bushnell (2002), (citado por Kwekkeboom, Kneip & Pearson, 2003), a imaginação guiada é uma técnica cognitivo-comportamental que consiste em criar imagens mentais agradáveis possibilitando ao doente gerir os seus sentimentos alterando a percepção da dor, distração do foco de dor e produzindo um estado de relaxamento que influencia o seu humor e o seu estado emocional. Para o mesmo autor esta é uma terapia de eleição no tratamento da dor em doentes oncológicos. Nesta técnica são utilizadas imagens cenestésicas, auditivas e gustativas (sons, sensações físicas e paladar), estimulando áreas específicas do nosso cérebro de forma tão eficaz como se estivéssemos realmente a ver, ouvir e degustar (Nicolussi, 2012). Para Hart (2008) a técnica imaginação guiada cria imagens positivas que produzem benefícios emocionais que se repercutem a nível físico. A imaginação guiada apresenta várias vantagens na sua utilização, quando praticada regularmente diminui a dor e a ansiedade, reduzindo consequentemente a necessidade de utilização de fármacos; depois de capacitados os doentes com esta técnica, podem utiliza-la autonomamente, originando sentimentos de auto-domínio e controlo; é possível praticar esta técnica em diferentes contextos e não acarreta custos para o doente.</p> <p>As sessões realizadas são de âmbito psicoterapêutico, visto que baseado no relacionamento interpessoal têm como objetivo ajudar o utente a ultrapassar problemas de vida, aumentando os sentimentos de bem-estar. E ainda de âmbito psicoeducacional porque visa a compreensão dos vários fatores inerentes a uma doença de forma clara e concisa. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 3), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a prestação de cuidados no “âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves M.J. (2010). <i>Manual de cuidados paliativos</i>. Núcleo de cuidados paliativos, Centro de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ªed.</p> <p>Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). <i>Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde</i>. Lisboa: Climepsi- Editores.</p> <p>Hart, J. (2008). <i>Guided Imagery</i>. Mary Ann Liebert, Inc. Publishers, <i>Alternative and Complementary Therapies</i>, 14 (6), 295-299.</p> <p>Keating, K. (2012). <i>The hug therapy book</i>. 19ª ed. Estados Unidos: CompCare Publisheres. (Paulo Rebouças trad. A terapia do abraço. São Paulo: Editora pensamento).</p> <p>Kwekkeboom, K.L., Kneip, J. & Pearson, L. (2003). <i>A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain</i>. <i>Pain Management Nursing</i> 4 (3), 112-123.</p> <p>Nicolussi, A. (2012). <i>Relaxamento com imaginação guiada: influencia sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com cancer durante o tratamento quimioterápico</i>. Tesis Doctoral. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2010). <i>Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental</i>. Lisboa.</p>

ANEXO XV

Artigo do estudo “O impacto dos grupos de encontro na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica face ao processo de doença”

O impacto dos grupos de encontro na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica.

RESUMO

Este estudo avaliou o impacto intervenções realizadas em grupos de encontro, destinadas a promover a capacitação de estratégias de *coping* com o intuito de diminuir a ansiedade, a depressão e o stress e promover a saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica. Da intervenção composta por quatro sessões, participaram quatro familiares do género feminino, tendo existido uma avaliação antes e após as sessões, com recurso à Escala de Ansiedade, Depressão e Stress_ EADS – 21, e ao Inventário de Saúde Mental_MHI – 5. Concluiu-se que, após as sessões, houve uma melhoria para os elementos do grupo, adquirindo estratégias de *coping* que levaram à diminuição da depressão, da ansiedade e do stress, havendo o aumento da saúde mental de todos os participantes.

Descritores: Grupos de encontro; Familiares; Oncologia; Saúde mental.

ABSTRACT

This study evaluated the interventions impact during encounter groups to promote the coping strategies training, in order to reduce anxiety, depression and stress and also to promote mental health of oncological disease people's family members. In the four sessions intervention attended four female gender family members, having existed a review before and after the sessions, using the Anxiety, Depression and Stress Scale, EADS - 21, and Mental Health Inventory, MHI-5. The conclusions were that, after the sessions, there was an improvement to the group elements, by acquiring coping strategies that led to depression, anxiety and stress decrease, having all participants increased their mental health.

Descriptors: Encounter groups; family; oncology; Mental health.

Objetivo: Avaliar o impacto dos grupos de encontro na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica.

Metodologia: O tipo de estudo utilizado foi o estudo caso múltiplo, do tipo exploratório com experimentação, uma vez que antes e após a execução das intervenções planeadas

foram avaliadas as características da amostra recorrendo à aplicação dos instrumentos de avaliação EADS – 21 e MHI – 5. O estudo foi desenvolvido ao longo do mês de Junho de 2013, no Hospital de Dia de Oncologia do CHMT em Tomar, com um grupo de quatro sujeitos (amostra não probabilística). Realizou-se a intervenção específica de grupos de encontro, planeada para 4 sessões de duas horas semanais.

Resultados: Após o cálculo dos escores da EADS – 21 podemos observar, que todos os valores numéricos diminuíram consideravelmente. Com exceção a de um sujeito, que na segunda avaliação, aumentou o score da ansiedade, podendo estar associado à ausência na terceira sessão, realçando, no entanto, que o stress e a depressão diminuíram.

Após o cálculo das pontuações do MHI – 5 podemos concluir que as pessoas que participaram nas sessões manifestaram evolução franca a nível da sua saúde mental. Ou seja, todas as pessoas beneficiaram das intervenções realizadas no grupo de encontro, validando-se a observação e avaliação efetuadas e indo ao encontro dos resultados encontrados no instrumento EADS – 21, também aplicado antes e depois.

INTRODUÇÃO

Provavelmente, a doença oncológica é uma das patologias mais receadas no mundo, visto ser considerada uma doença silenciosa e representar uma grande ameaça à vida humana (Pereira & Pereira, 2010). Na atualidade, a doença oncológica é já considerada uma epidemia, uma vez que surge associada a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, bem como a um gradual aumento da sua incidência e prevalência (Macedo et al., 2008).

No contexto sociocultural a família desempenha um papel fulcral no crescimento dos seus elementos. É no seio familiar que cada um dos seus elementos encontra estabilidade e harmonia para ultrapassar situações de crise que surgem ao longo do ciclo vital. A doença e morte atingem não só a pessoa doente como toda a sua família, de facto de acordo com Guarda, Galvão & Gonçalves (2010, p.753), “a doença de um membro da família é também doença familiar”, em que todos os seus elementos sentem o sofrimento e a dor, constituindo a pessoa doente e a sua família a unidade a cuidar.

Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira e Reis (2009), corroboram esta ideia referindo que a ocorrência de uma doença aguda ou crónica afeta profundamente todos os elementos de

uma família, sendo a doença oncológica uma das patologias vividas com maior envolvimento. Segundo Lewis (1990 citado por Afonso, 2011), a doença oncológica é muitas vezes encarada como uma situação crônica, debilitante e fatal, conduzindo o doente e sua família a experiências nefastas ao seu bem-estar e qualidade de vida. Sintomas como perturbações alimentares e do sono, depressão, ansiedade e sintomatologia psicossomática são alguns dos exemplos encontrados em familiares de pessoas com doença oncológica.

De acordo com Afonso (2011, p. 2), a doença oncológica é considerada uma doença com "má reputação", para a qual contribuíram reações hostis aos tratamentos, medo da dor, sofrimento e a morte. Quando nos referimos à morte, normalmente surgem associadas palavras como ansiedade e medo (Kubler-Ross, 2008). Wong (2002, citado por Mourão, 2012), vai mais longe, referindo que a ansiedade face à morte é algo mais generalizado e inacessível à consciência, manifestando-se por pensamentos, medos e emoções relacionadas com o fim da vida.

Neste sentido, de acordo com Doyle (1999, citado por Cardoso et. al., 2009), a pessoa com doença oncológica e sua família não lutam apenas com o presente e toda a envolvente da doença e seus cuidados, mas lutam também com "os aspetos avassaladores associados à doença e à transcendência para além da doença" (p.12). O autor enumera sete necessidades específicas dos familiares da pessoa com doença oncológica sendo de destacar: receber apoio, confirmação e reforço do seu contributo para o conforto do cliente, poder exteriorizar emoções, receber conforto e apoio da família e receber a aceitação, apoio e conforto por parte dos profissionais de saúde.

Como já foi referido, a doença oncológica constitui um fator de stress para os familiares, sendo por isso de extrema importância o conhecimento do seu processo de adaptação psicossocial de forma a promover a sua qualidade de vida. Esta situação implica a adoção de variadíssimas estratégias de *coping*, podendo estas ser mais ou menos adequadas às etapas adaptativas do processo de doença (Afonso, 2011). As estratégias de *coping* podem ser efetivas quando diminuem sensações de desconforto e sentimentos desagradáveis inerentes a ameaças ou perdas. Por outro lado, podem ser consideradas disfuncionais quando são pouco efetivas ou insuficientes para garantirem a qualidade de vida, o bem-estar físico, emocional e social, ou quando comprometem o

equilíbrio psiconeuroendocrinológico dos clientes (Penhaça, 2008 citado por Souza & Araújo, 2010).

Contudo, para Norldin e Glimelius (1999, citado por Afonso 2011) estratégias de *coping* são distintas de ajustamento mental à doença. Neste sentido, para estes autores, *coping* é um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que possibilitam à pessoa a gestão das exigências inerentes à situação, podendo ser externas ou internas, e que aparentemente excedem os seus recursos. Por outro lado, consideram que ajustamento mental à doença corresponde à avaliação que a pessoa faz da situação em si, isto é, a forma como a pessoa percebe a situação, bem como as repercussões que advém para a sua vida, cabendo-lhe pensar e agir de forma a que se processe a redução da ameaça produzida. Assim, os autores concluem que, apesar das estratégias de *coping* assumirem uma grande importância no processo de adaptação à situação de stress, a avaliação individual que cada um faz do acontecimento é, também, um fator preponderante.

Face ao exposto, foi criado e dinamizado um grupo de encontro para familiares de pessoas com doença oncológica que se encontrassem a realizar quimioterapia no hospital de dia de oncologia do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), unidade de Tomar.

Um grupo de encontro é um grupo que pode, efetivamente, ser terapêutico, baseado na teoria de Rogers, é centrado na pessoa e não tem como objetivo primário trabalhar situações patológicas de saúde mental. Os objetivos de um grupo de encontro são estabelecidos pelo próprio grupo, com o apoio de uma liderança não diretiva, exigindo do líder uma preparação adequada ao seu papel e funções, como a congruência, a empatia e o apoio incondicional. Desta forma o líder funciona com um membro do grupo, o que significa que o grupo é livre, responsável por ele próprio e desde que se crie um ambiente de relacionamento ele próprio tomará o seu rumo e cada um dos membros desenvolverá em segurança os seus potenciais máximos (Guerra & Lima, 2005).

As pessoas que constituem grupos de encontro possuem as mesmas motivações e metas a atingir, desta forma constata-se que os grupos de encontro exercem um efeito terapêutico nos seus elementos. Desta forma, verifica-se que este tipo de grupo tem

algumas propriedades únicas como: os seus membros não se sentem sós e únicos nos seus problemas, necessidade de partilha pessoal e necessidade de crescimento ou mudança (Lieberman, 1979 citado por Guerra et al., 2005). Esta vivência de um problema semelhante dá coesão ao grupo, assumindo-se este como um grupo familiar, fazendo com que surjam algumas características próprias deste funcionamento grupal como: aceitação incondicional, a expressão de sentimentos autêntica e a segurança normalmente sentida dentro do grupo (Guerra et al., 2005).

As técnicas de dinâmica são instrumentos que ajudam a alcançar os objetivos propostos para o grupo, devendo sempre ser adaptadas às necessidades do grupo e por isso são flexíveis e não rígidas. O principal objetivo para a utilização de dinâmicas é melhorar o desempenho dos membros do grupo e do grupo em si. A sua seleção deve ter sempre em consideração os objetivos, o tamanho, as normas, a atmosfera (formalidade/informalidade), a sintalidade (personalidade) e o seu estágio de desenvolvimento (op. cit.).

Os profissionais podem desempenhar um papel importante na vida dos clientes e da sua família durante o período de internamento, através da promoção de espaços de conversação, utilizando a fala, a escuta ativa e a contínua interação, permitindo uma partilha dos medos e das falas ocultas, podendo ser esclarecidos, mediante uma relação horizontal entre profissionais e cliente, facilitando a confiança, a cooperação e a responsabilidade. Os grupos de encontro, técnicas psicodramáticas e role-play são citados como técnicas que estão a ser usadas para contribuir para preparar os utentes e família para enfrentarem os seus problemas de saúde (Silva, Pinheiro, Souza & Moreira, 2011).

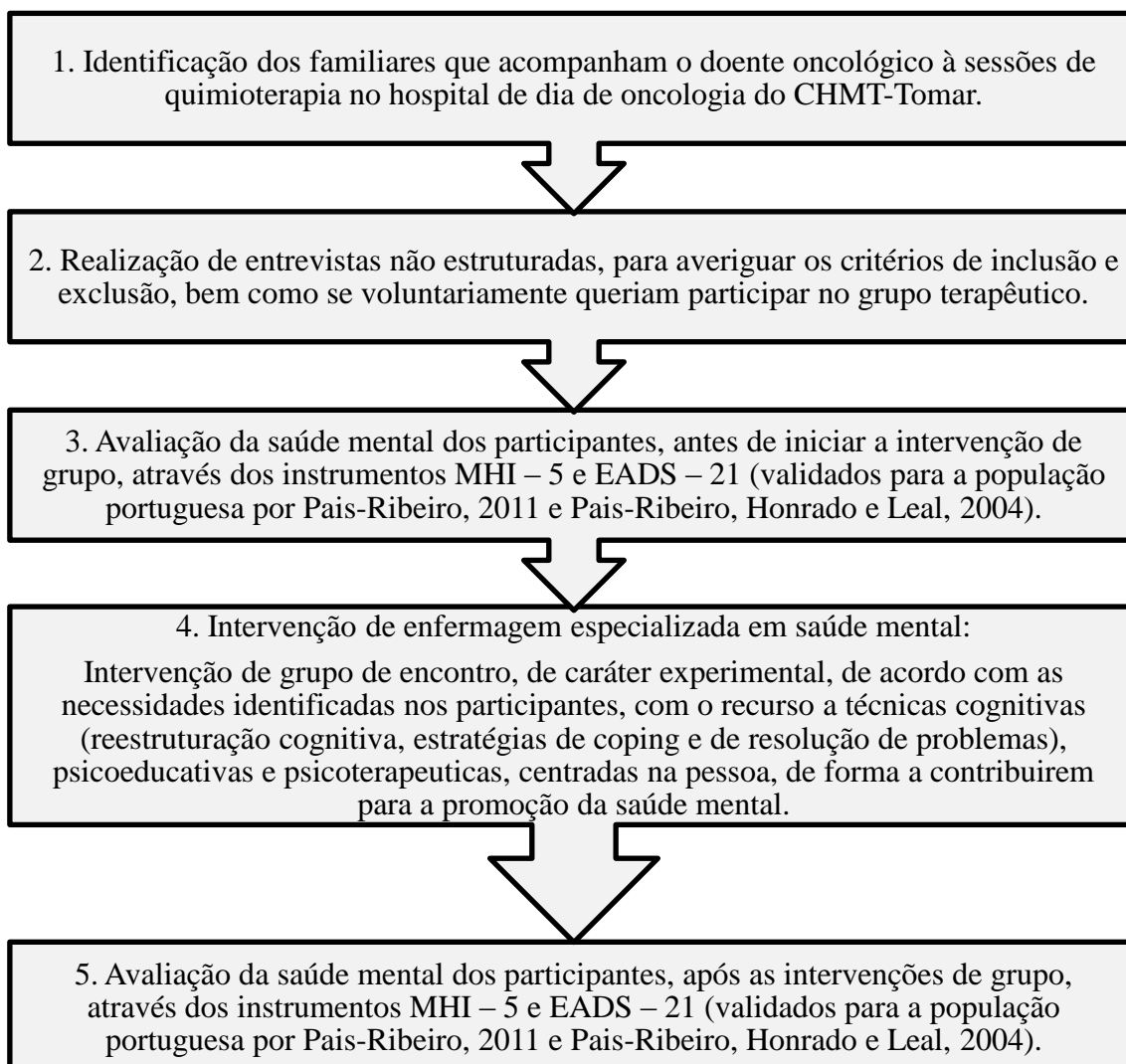
De acordo com o Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro (2011, p. 8672), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a prestação de cuidados no “âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Desta forma os objetivos para este trabalho são avaliar o impacto dos grupos de encontro na e promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença

oncológica através dos focos ansiedade, depressão, stress e bem-estar psicológico, preconizados pela CIPE versão 2, recorrendo à aplicação dos instrumentos de avaliação, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS – 21) e o Inventário de Saúde Mental (MHI – 5), antes e depois da participação no grupo de encontro.

METODOLOGIA

O tipo de estudo utilizado foi o estudo caso múltiplo, do tipo exploratório com experimentação, uma vez que antes e após a execução das intervenções planeadas foram avaliadas as características da amostra recorrendo à aplicação dos instrumentos de avaliação EADS – 21 e MHI – 5. Foi definido o desenho de investigação da seguinte forma:



A questão de investigação formulada foi:

Q: Qual o impacto dos grupos de encontro, na promoção da saúde mental dos familiares de pessoas com doença oncológica face ao processo de doença?

Participantes:

Dos 533 utentes que realizaram quimioterapia no hospital de dia de oncologia do CHMT, unidade de Tomar, durante o ano de 2013, foram selecionados, através de entrevistas não estruturadas, os familiares que acompanharam os clientes durante os tratamentos no período de 13 de Maio a 31 de Maio de 2013.

Foram critérios de inclusão todos os familiares, com idade superior a 18 anos, que acompanhassem a pessoa com doença oncológica que quisessem voluntariamente participar nas sessões, com disponibilidade para vir uma vez por semana ao CHMT, durante quatro semanas e que durante a entrevista não-estruturada verbalizassem dificuldade em gerir a situação ou que sentissem sofrimento mental.

Foram critérios de exclusão, familiares com idade inferior a 18 anos, sem disponibilidade para realizar pelo menos 3 das sessões agendadas e que durante a entrevista não-estruturada evidenciassem psicopatologia, sendo nestas situações encaminhadas para o psiquiatra responsável pela consulta de psiquiatria de ligação.

Neste sentido, a amostra do estudo era constituída por 4 familiares do género feminino, com idades compreendidas entre os 37 anos e os 74 anos.

Instrumentos:

Efetuuou-se a caracterização da amostra em três passos: primeiro foi aplicado um jogo psicológico para realizar caracterização socio-demográfica, nas variáveis independentes: sexo, idade, estado civil e familiar doente.

No segundo passo foi aplicado o instrumento de avaliação EADS – 21, validado por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2011). A versão original é constituída por 42 itens, sendo utilizada para o estudo a versão reduzida constituída por 21 itens. Este instrumento caracteriza a dimensão da depressão pela perda de autoestima e de motivação, estando associada à perceção de baixa probabilidade de alcançar os objetivos de vida significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A dimensão da ansiedade evidencia a ligação entre o estado persistente de ansiedade e resposta intensa de medo. Por fim, a

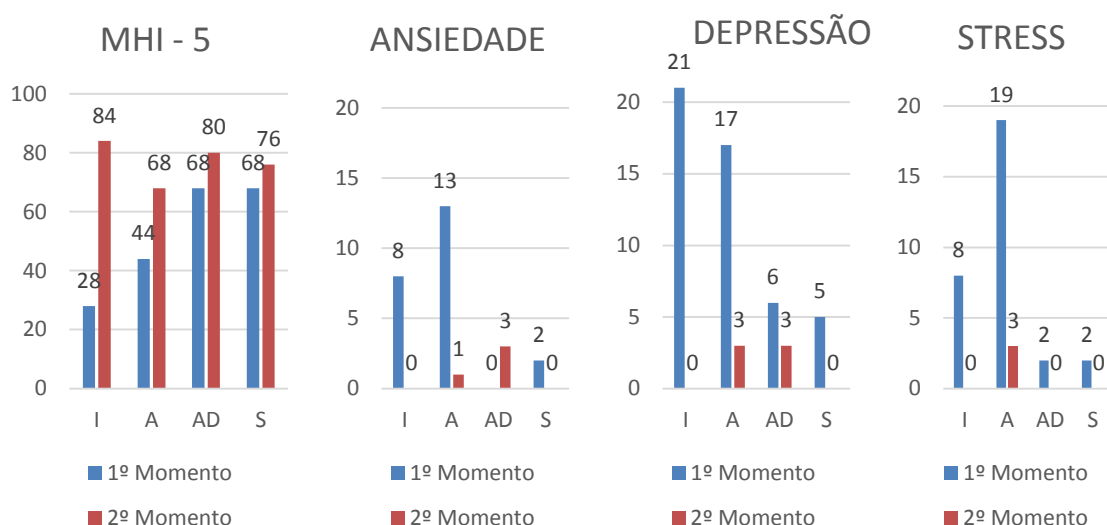
dimensão stress sugere estados de excitação e tensão duradouros, com baixo nível de tolerância à frustração (País-Ribeiro et. al., 2004). Cada uma destas dimensões constitui uma subescala da escala EADS, constituídas por sete itens cada. Para cada frase o participante tem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert com quatro pontos de gravidade ou frequência, que variam entre “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas das vezes” e “aplicou-se mim a maior parte das vezes”, sendo estes dados inerentes a sintomas emocionais negativos sentidos na última semana. Os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens, sendo fornecidas três notas por cada uma, em que o valor mínimo é 0 e o valor máximo é 21. Os valores mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos (op. cit.).

No terceiro passo, foi aplicado o instrumento MHI – 5, validado para a população portuguesa por País-Ribeiro (2011), com o objetivo de identificar os aspetos negativos e positivos da saúde mental, diferenciar indivíduos com mais e menos saúde mental e fornecer indicações para rastreio de doença mental. A versão original é constituída por 38 itens, sendo utilizada para o presente estudo a versão reduzida constituída por 5 itens, incluindo os itens 11,17,19,27 e 34, sendo que o item 11 avalia a ansiedade, o item 17 e 34 avaliam o afeto positivo, o item 19 avalia a depressão e o item 27 avalia a perda de controlo emocional e comportamental (País-Ribeiro, 2011). A aplicação do MHI-5 obedece ao cumprimento de um protocolo, sendo um questionário de autorrespostas que pode ser aplicado individualmente ou em grupo. Deve ser explicado aos participantes que não existem respostas certas ou erradas. Pode ser preenchido na presença ou na ausência do terapeuta e não tem limite de tempo. As respostas são dadas numa escala constituída por 6 níveis, na qual a opção mais à esquerda corresponde a “sempre”, sendo atribuída a cotação de 6 e a opção mais à direita corresponde a “nunca”, sendo atribuída a cotação de 1, variando as cotações entre um valor mínimo de 5 e um valor máximo de 30. As pontuações mais elevadas correspondem a mais saúde mental (menos ansiedade, depressão e perda de controlo emocional, e mais afeto positivo e laços emocionais) (op. cit.).

Na interpretação dos resultados é considerado o ponto de corte de 52 pontos para a existência de sintomas graves e de 60 pontos para a existência de sintomas moderados (País-Ribeiro, 2011).

ANÁLISE E DICUSSÃO DOS RESULTADOS

Como podemos observar, todos os parâmetros do instrumento EADS – 21 diminuíram consideravelmente. Com exceção da D. AD., que na segunda avaliação, aumentou o score da ansiedade, podendo esta situação estar associada à ausência na terceira sessão, realçando, no entanto, que o stress e a depressão diminuíram.



MHI- 5 é um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental, considerando três itens que pertencem à escala de distress e dois à escala de bem-estar psicológico. De acordo com os dados acima apresentados, as pessoas que participaram no grupo de encontro, manifestaram evolução franca a nível da sua saúde mental. A D. I. e a D. A., apresentaram no início pontuação indicadora de sintomas graves em termos de saúde mental atendendo a que o ponto de corte é de 52 pontos, sendo a mudança acontecida na D. I. a mais relevante.

Santos, Pais-Ribeiro e Lopes (2006), ao realizarem a adaptação para a população portuguesa da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar, referiram que a família experiênciava a situação de stress resultante da doença exatamente como a pessoa doente, sendo impreterível o conhecimento do seu processo de adaptação psicossocial para uma melhor interação com a pessoa doente e manutenção da qualidade de vida de ambos.

Assim, face aos resultados obtidos na EADS – 21, e tendo em atenção que os valores mais elevados correspondem a estados efetivos mais negativo, com exceção da D. AD., no primeiro momento de avaliação todos os elementos do estudo apresentavam estados elevados de depressão e stress, tendo a ansiedade valores mais baixos. Segundo Toseland et. al. (1995, citado por Afonso, 2011), concluem, com base num conjunto de estudos, que os familiares de pessoas com doença oncológica vivenciam elevada sintomatologia depressiva e psicossomática, ansiedade, restrição nos seus papéis e atividade, tensão relacional e diminuição da saúde física. De facto, de acordo com Fernandes (2009) as emoções intrínsecas à doença oncológica podem relacionar-se com experiências passadas, como por exemplo diagnósticos anteriores, prognósticos e personalidade prévia de cada indivíduo, considerando Hilton (1996, citado por Afonso, 2011) pertinente ter em atenção que os sentimentos negativos podem não surgir logo aquando o diagnóstico, mas ao longo do percurso evolutivo da doença.

É de realçar os valores de stress existentes na D. A., esposa de um senhor com neoplasia do pulmão. Para Rey e Avelar (2000, citado por Afonso, 2011), é o conjugue que experiência uma situação de maior stress aquando o diagnóstico de doença oncológica, visto a doença surgir como um agente que implica a aquisição de estratégias para lidar com a mesma, podendo estas ser favoráveis ou não. De acordo com Afonso (2011), a doença oncológica é uma situação que implica a aquisição de estratégias específicas com o objetivo de promover uma melhor adaptação, visto que de acordo com País-Ribeiro e Rodrigues (2004), em situações de doença observa-se, que grande parte das vezes as estratégias de *coping* de evitamento, como por exemplo a negação, o distanciamento e a fuga do problema, estão associadas a um elevado sentimento de angústia que pode levar, posteriormente, a um fator de risco para respostas adversas de stress.

No que concerne aos resultados obtidos pela aplicação do MHI – 5 é de salientar que metade da nossa amostra em estudo apresentava valores de inferiores a 52 pontos (ponto de corte do instrumento), significando que no primeiro momento apresentavam sintomas graves de sofrimento psicológico. Abreu (2008), realizou um estudo observacional-analítico, composto por uma amostra de 167 familiares de pessoas com doença oncológica, concluindo que os familiares que foram estudados apresentavam o dobro da percentagem de sofrimento psicológico que os valores registados, pelo 4º

Inquérito Nacional de Saúde 2005/06, na população residente em Portugal Continental. No mesmo estudo é ainda concluído que o aumento da prevalência de possível sofrimento psicológico nos familiares de doentes oncológicos analogamente à população em geral, só por si, é um dado irrefutável que permite afirmar que esta população alvo merece uma atenção especial por parte dos serviços de saúde, em particular devido ao potencial risco que apresentam relativamente à sua saúde mental.

No mesmo estudo, Abreu (2008), atribui ao facto de ter valores elevados de sofrimento psicológico, que a maioria da sua amostra (77,2%) não tinham o devido acompanhamento no âmbito das respostas formais ou que os familiares eram muitas vezes negligentes com a sua própria saúde mental, conferindo muitas vezes o seu sofrimento à situação do doente e a todo o stress que lhe é inerente desvalorizando o seu próprio sofrimento, não ponderando a necessidade de apoio especializado. Relativamente a esta temática, Vanderwerker, Laft, Kadan-Lottick, McColl e Prigerson (2005), realizaram um estudo com 200 cuidadores de doentes oncológicos, concluindo que apenas 46% dos cuidadores com diagnóstico de patologia mental, procuravam ajuda especializada após o diagnóstico de doença oncológica realizado às suas pessoas significativas, sendo que as intervenções especializadas com maior frequência são, entre outras, a psicoterapia (37%) e grupos de apoio (14%), realizadas mais frequentemente pelos profissionais especializados em saúde mental.

CONCLUSÃO

Face ao exposto, podemos afirmar que todas as pessoas passaram a beneficiar do programa de intervenção terapêutica de grupo, de carácter psicoterapêutico e psicoeducacional instituído e validando-se a observação e avaliação efetuadas e indo ao encontro dos resultados encontrados no instrumento EADS – 21, também aplicado antes e depois.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, S. G. S. R N. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Tesis Doctoral. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Univesidade do Porto.
- Afonso, J.P. L. (2011). *Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress, ajustamento*

- mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente*. Tesis Doctoral. Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa: Braga.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (PsiLOGOS)*, 6 (1), 8 – 18.
- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Tesis Doctoral. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves M.J. (2010). *Manual de cuidados paliativos*. Núcleo de cuidados paliativos, Centro de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ªed.
- Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi- Editores.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte*. (P. Soares, Trad.) Cruz Quebrada: Estrela Polar. (Trabalho original em Inglês publicado em 1969).
- Macedo, A., Andrade, S., Moital I, Moreira, A, Pimentel, F., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N., & Bonfill, X. (2008). *Perfil da Doença Oncológica em Portugal. Racional, Objectivos e Metodologia – Estudo Perfil*. Acta Médica Portuguesa, (21), 329-334.
- Mourão, C. C.S. (2012). Impacto da psicoeducação na ansiedade e perspetivas face à morte em médicos e enfermeiros de cuidados de saúde primários. In Sequeira, C.A.C. e Sá, L.O. (2012). *ASPESM. Da investigação à prática de enfermagem: atas do III congresso internacional da sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental*. Porto: suporte E-book. (558-573).
- País-Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de saúde mental*. (1º edição). Lisboa: Placebo Editora Lda.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5 (2). 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do BRIEF COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3 – 15.
- Pereira, G., & Pereira, M. (2010). Morbilidade Psicológica e Coping Familiar: Um Estudo em Doentes Oncológicos e seus Cuidadores. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
- Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. 2ª Série. Nº 45, 8669 – 8673.
- Santos, C. S. V. B., Pais-Ribeiro, J. & Lopes, C. (2006). Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar (EAMC-F). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 29 - 55.

- Souza, J. R. & Araújo, T. C. C. F. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27 (2), 187 – 196.
- Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S. & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use Among Caregivers of Advanced Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (28), 6899 –6907.