



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Fenómeno do Autocriticismo e a sua Relação com a Depressão – Concetualização de um Projeto Psicoterapêutico

Verónica José Ambrósio Pereira

Orientador: Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Coorientador: Mestre João Claudino Junceiro

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão Definitiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Fenómeno do Autocriticismo e a sua Relação com a Depressão – Concetualização de um Projeto Psicoterapêutico

Verónica José Ambrósio Pereira

Orientador: Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Coorientador: Mestre João Claudino Junceiro

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

À memória do meu pai, Joaquim.

“As for me, after all this time and despite my fears for the future, I find that my heart beats strangely content. I have lived a full life, and I have been blessed to live through decades of prosperity as well as hardship. Soon I will hear the sound of hooves approaching and the creak of an old wooden cart that will take me from all of you, but while I am here I will keep doing all I can to fight against inequality and make my little patch of the earth a better place. Right now, however, it is very late, and I am very old, so I shall bid you goodnight, and a brighter tomorrow”.

(Harry Leslie Smith, 1923-2019. p.200, 2014)

AGRADECIMENTOS

“Uma das mais belas compensações da vida é que ninguém pode tentar ajudar sinceramente o próximo sem se ajudar a si mesmo” (Ralph Waldo Emerson, s/d como citado em Exley, 1999).

Agradeço primeiramente a todas as pessoas que, em situação de fragilidade e doença, permitiram que as pudesse acompanhar durante o seu período de internamento, bem como as suas famílias. Espero ter conseguido ter algo para dar, de forma a agradecer o quanto pude receber. Obrigado a todos.

À doutora Paula Castilho, pela sua pronta disponibilidade e cooperação.

À enfermeira Isabel T., o meu mais profundo agradecimento, pelo seu método de orientação, pela forma como sempre guiou o meu processo de aprendizagem, levando-me ao desenvolvimento do autoconhecimento, autonomia e reflexão crítica. Agradeço ainda a sua amizade.

À enfermeira Teresa A., pela sua postura de acolhimento, abertura e disponibilidade. Um exemplo de profissionalismo, liderança e humanidade.

Ao Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro, pela sua orientação neste percurso de aquisição de competências.

Ao Professor Mestre João Claudino Junceiro, pelo seu acompanhamento constante, bem como sua pronta resposta às dúvidas colocadas. Agradeço também a paciência e confiança depositadas.

Agradeço também aos meus colegas de trabalho, Luís Martins, Pedro Amaro e Cristina Pizarro pois, de formas diferentes, me apoiaram na génese deste relatório, e para ele também contribuíram com os seus conselhos, traduções, ideias e alternativas sugeridas.

À irmã Margarida Morais que, enquanto diretora de enfermagem, desempenhou um papel facilitador no tempo disponibilizado ao meu processo formativo. Muito obrigado.

Agradeço também a todos os professores que, através dos seus ensinamentos, contribuíram para a aquisição de conhecimentos essenciais, que espero conseguir refletir na minha prática profissional

Por fim, agradeço o amor e apoio incondicional ao André Velez e à minha mãe, Maria. Espero conseguir sempre retribuir na mesma medida.

RESUMO

A depressão mantém-se como umas das psicopatologias mais graves e incapacitantes, em Portugal, à qual está associada elevado número de suicídios. Torna-se importante explorar todas as dimensões de depressão, para desenvolver respostas eficazes.

Assim, surge o conceito de autocriticismo, que se define por uma resposta negativa, a eventos percecionados como falhas ou fracassos, caraterizada por uma auto-avaliação e autojulgamento desproporcionalmente negativos com prejuízo psíquico, intimamente ligada à depressão.

Contrário ao autocriticismo, surge o conceito de autocompaixão, que se carateriza por uma resposta do indivíduo, mais adaptativa às falhas ou erros que identifica, encerrando em si um carácter protetor.

O presente trabalho, como relatório de estágio, apresenta a concetualização de um projeto psicoterapêutico, realizado num hospital do Alentejo, comportando o internamento e contexto de domicílio. Preconizando-se intervenções de enfermagem especializadas, estas visam a alteração das respostas cognitivas e emocionais disfuncionais, associadas à sintomatologia depressiva e elevados graus de autocriticismo correlacionados.

Palavras-Chave: Depressão; Autoavaliação; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Depression remains one of the most serious and disabling psychopathologies in Portugal, to which a high number of suicides are associated. It is important to explore all dimensions of depression to develop effective responses.

Thus, the concept of self-criticism arises, defined by a negative response to events perceived as failures or failures, characterized by a disproportionately negative self-evaluation and self-judgment with psychic prejudice, closely linked to depression.

The concept of self-pity arises contrary to self-criticism and is characterized by a response of the individual, more adaptive to the faults or mistakes that he identifies by enclosing in himself a protective character.

The present internship report, presents the conceptualization of a psychotherapeutic project, carried out in a hospital in the Alentejo, including the inpatient and outpatient care. Specialized nursing interventions are aimed at altering dysfunctional cognitive and emotional responses, associated with depressive symptoms and high degrees of correlated self-criticism.

Keywords: Depression; Self-Assessment; Psychiatric Nursing

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Relação entre o Processo de Enfermagem e o Processo de Gestão de Caso.....	58
Tabela 2 - Caraterização Sociodemográfica da Amostra.....	94
Tabela 3 - Descrição da amostra na dimensão ‘Idade’	95
Tabela 4 - Distribuição da dimensão ‘Idade’ em intervalo, expresso em anos.....	95
Tabela 5 - Internamentos anteriores.....	96
Tabela 6 - Comorbilidade psicopatológica.....	96
Tabela 7 - Tempo de internamento.....	97
Tabela 8 - Sintomatologia Presente (1ª e 2ª avaliação)	98
Tabela 9 - Número de sintomas em remissão completa no momento da alta clínica...99	
Tabela 10 - identificação de Correlação entre o eu detestado e o eu inadequado e os sintomas depressivos (na 1ª e 2ª avaliação)	103
Tabela 11 - Identificação de Correlação entre o eu tranquilizador e os sintomas depressivos (na 1ª e 2ª avaliação)	103
Tabela 12 - Teste de Wilcoxon referente ao eu inadequado e eu detestado.....	104
Tabela 13 - Teste Z referente ao eu inadequado e eu detestado.....	105
Tabela 14 - Teste de Wilcoxon referente ao eu tranquilizador.....	106
Tabela 15 - Teste Z referente ao eu tranquilizador.....	106
Tabela 16 - Teste de Wilcoxon referente à sintomatologia depressiva.....	107
Tabela 17 - Teste Z referente à sintomatologia depressiva.....	108
Tabela 18 - Relação entre Estado Civil e os vários tipos de eu.....	109
Tabela 19 - Relação entre Situação Profissional e Sintomas Depressivos.....	109
Tabela 20 - Estudos sobre níveis de autocriticismo e escalas utilizadas.....	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da Sintomatologia (1ª e 2ª avaliação)	97
Gráfico 2 - Evolução do Eu detestado, Eu inadequado e Eu tranquilizador.....	99
Gráfico 3 - Evolução das respostas correspondentes à subescala eu inadequado.....	100
Gráfico 4 - Evolução das respostas correspondentes à subescala eu inadequado.....	101
Gráfico 5 - Evolução das respostas correspondentes à subescala eu tranquilizador..	101
Gráfico 6 - Evolução dos níveis de autocriticismo.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM – *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders*

FSCRS – Escala das Formas do auto-criticismo e auto-tranquilização

NIC - *Nursing Interventions Classification*

n.p. – não paginado

p. – página

pp – páginas

s/d - sem data

sig – significância

INDICE

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1.A disciplina de Enfermagem, conceito de Saúde Mental e o Processo Saúde-Doença.....	16
1.2.A depressão enquanto psicopatologia, a sua complexidade etiológica e múltiplas abordagens.....	24
1.3. Teoria das mentalidades sociais e os conceitos de autocriticismo e autocompaixão.....	33
1.4. O contexto do estágio, a sua análise e o surgir do projeto psicoterapêutico.....	42
PARTE II – CONCEPTUALIZAÇÃO DO PROJETO PSICOTERAPEUTICO ‘DA DEPRESSÃO À AUTOCOMPAIXÃO’.....	45
2.1. O processo de enfermagem enquanto estratégia organizadora do projeto terapêutico.....	46
2.2. Etapa Investigação.....	50
2.2.1. Questão de Investigação.....	50
2.2.2. Objetivos do projeto terapêutico.....	51
2.3. Etapa Diagnóstico.....	52
2.3.1. Procedimentos éticos e deontológicos.....	52
2.3.2. Entrevista, instrumentos de recolha de dados e metodologia de análise dos resultados.....	53
2.4. Etapa Planeamento.....	55
2.4.1. O enfermeiro gestor de caso.....	55
2.4.2. Teoria explicativa da relação enfermeiro-doente - modelo de relação de ajuda.....	59
2.4.3. Teoria das Relações Interpessoais ou Enfermagem Psicodinâmica.....	63
2.4.4. Grupo Psicoterapêutico.....	66
2.4.5. Planeamento das Intervenções Psicoterapêuticas e a sua organização.....	68
2.5. Etapa Implementação.....	84
2.5.1. Implementação do projeto psicoterapêutico.....	84
2.6. Etapa Avaliação.....	85
2.6.1. Avaliação dos resultados do projeto psicoterapêutico.....	85

2.6.2. Avaliação da implementação do projeto terapêutico.....	88
PARTE III – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO PSICOTERAPEUTICO ‘DA DEPRESSÃO À AUTOCOMPAIXÃO’.....	89
3.1. Fundamentação, Objetivos e Metodologia Geral.....	89
3.2. Análise estatística dos dados.....	93
3.3. Caraterização e Correlações dos resultados.....	94
3.4. Discussão dos resultados.....	111
3.5. Reflexão Crítica sobre as Intervenções planeadas e Resultado Obtidos no âmbito do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’	114
4.CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
ANEXO IA. Plano de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista.....	133
ANEXO IB. Plano de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.....	135
ANEXO II: Reflexão crítica sobre as competências adquiridas.....	137
ANEXO III – Guião Padrão de Entrevista.....	147
ANEXO IV – Escala FSCRS.....	149
ANEXO V - Autorização do uso da escala FSCRS.....	151
ANEXO VI – Modelo de Avaliação do Estado Mental (adaptado de Townsend, 2014)	152
ANEXO VII – intervenções de enfermagem de acordo com a linguagem da classificação dos resultados de enfermagem -NIC - <i>Nursing interventions classification</i>	155
ANEXO VIII – Questionário de avaliação de satisfação dos indivíduos participantes no projeto psicoterapêutico.....	161
ANEXO IX– Guião de implementação do projeto psicoterapêutico ‘da depressão à autocompaixão’	163
ANEXO X – Planos de Intervenção Individuais Implementados no Serviço de Internamento.....	191
ANEXO XI – Pedido À Comissão de Ética e Administração do Hospital.....	234

ANEXO XII– Aprovação por parte da Comissão de Ética e Administração do Hospital para a colheita de dados.....	236
ANEXO XIII – Modelo de consentimento informado para recolha de dados.....	239
ANEXO XIV – O fenómeno do autocriticismo e a sua relação com a depressão – revisão integrativa.....	241

INTRODUÇÃO

“Há uma pluralidade nas relações do homem com o mundo, na medida em que responde à ampla variedade dos seus desafios. Em que não se esgota num tipo padronizado de resposta. A sua pluralidade não é só em face dos diferentes desafios que partem do seu contexto, mas em face de um mesmo desafio. No jogo constante de suas respostas, altera-se no próprio ato de responder. Organiza-se. Escolhe a melhor resposta. Testa-se. Age. Faz tudo isso com a certeza de quem usa uma ferramenta, com a consciência de quem está diante de algo que o desafia” (Paulo Freire, s/d, pp.39-40).

Partindo da frase de Paulo Freire (s/data), surge a reflexão sobre a importância da relação do ser humano com o mundo, compreendendo esta definição de ‘mundo’, como os outros com quem interage, bem como o seu próprio contexto, seja este interno ou externo, influenciado pelo meio. A caracterização desta relação, salienta a importância da interdependência do indivíduo com o outro. Esta interação, de que todos necessitam, assenta, em grande parte, na interpretação do indivíduo de si mesmo e do seu meio envolvente. Mas, por outro lado, também assenta na percepção das significações que se pensa ter para o outro, bem como a importância atribuída.

As alterações da saúde mental de cada indivíduo, no decorrer de determinado processo psicopatológico, apresentam em si, fatores predisponentes, que para além das condições genéticas, correlacionam-se com as experiências passadas, bem como com o seu contexto atual, as suas circunstâncias emocionais, familiares e sociais e também o seu processo de pensamento (Gilbert, 2007, 2009).

Por sua vez, os processos psicopatológicos, podem levar a alterações da percepção e interpretação do indivíduo sobre a realidade e as suas significações, encerrando em si um evidente potencial de vulnerabilidade, que deve ser tido em conta nos planos de intervenção a realizar (Saraiva & Cerejeira, 2014; Townsend, 2014).

A teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 1989, 2000), evidencia a importância atribuída à interpretação dos outros, ou seja, dos seus sinais sociais, que contribuem para a construção do *eu* do indivíduo. Esta teoria indica que a regulação do *eu*, correlaciona-se com sistemas de processamento social, aos quais correspondem, os sinais sociais que são emitidos pelos outros, independentemente da sua natureza.

Neste sentido, surge o conceito de autocriticismo, como um fenómeno associado à auto-avaliação e autojulgamento negativos, que ocorre internamente no indivíduo, a respeito das falhas e erros por si percebidas, mas não totalmente reais ou significativas. Este fenómeno, como predisposição da personalidade do indivíduo, relaciona-se intimamente com a depressão (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer 2006; Shahar, Doron & Szepsenwol 2015).

Surgindo a depressão como uma doença mental com números alarmantes, tanto no panorama nacional como internacional, apresentando um aumento preocupante do número de casos, torna emergente o conhecimento o mais aprofundado sobre este fenómeno multidimensional. Através desta análise de fatores, se torna então possível o desenvolver de estratégias de prevenção e promoção cada vez mais eficazes e adequadas (Organização Mundial de Saúde, 2017; Direção Geral de Saúde, 2017).

Entendendo-se a intrínseca relação entre a depressão e o autocriticismo, esta surge como a base do presente projeto estágio, pretendendo-se, através deste, o desenvolvimento teórico de um projeto psicoterapêutico, denominado ‘Da Depressão à Autocompaixão’, cuja população alvo serão indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva *major*. Este projeto pretende o desenvolvimento de um conjunto de intervenções, a iniciar no momento de internamento e posterior acompanhamento no domicílio, tendo como base a o fenómeno do autocriticismo e da sua avaliação, incorporando, em alinhamento, a sintomatologia depressiva e outros fatores considerados preponderantes.

Através das intervenções de enfermagem traçadas pretende-se também a abordagem dos conceitos cognitivos e da importância da componente da compaixão, como elementos

estratégicos no tratamento dos efeitos associados a elevados níveis de autocriticismo (Gilbert, 2007).

Pretende-se também, ainda no âmbito do projeto, o reconhecimento do enfermeiro no papel de gestor de caso, desenvolvendo uma intervenção predominante e crucial na relação com o indivíduo alvo de cuidados, estabelecendo também a ponte com a equipa multidisciplinar. Para além da conceptualização do presente projeto, foi possível a recolha de dados sobre o autocriticismo em indivíduos com patologia depressiva, bem como a sua análise.

Através do desenvolvimento deste projeto, pretende-se adquirir e desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O presente trabalho, tem também como objetivos individuais, uma análise sobre o complexo processo vinculado ao estabelecer de uma relação de ajuda consistente, que permita o conhecimento da experiência vivida pelos indivíduos com diagnóstico de depressão e a relação com os graus de autocriticismo avaliados.

Através deste conhecimento, pretende-se, não apenas o desenvolvimento de um projeto psicoterapêutico, como já referido, mas também uma compreensão crítica da ação do cuidar do outro, enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Realça-se a importância da relação enfermeiro – indivíduo alvo de cuidados, e de que forma se influenciam mutuamente, bem como a importância de utilizar o conhecimento que se desenvolve sobre o outro, para melhorar as suas condições de saúde, sejam estas questões de ordem individual, organizacional, social, profissional e/ou familiar.

Pretende-se também com este trabalho, enquanto documento científico, promover a compreensão sobre a complexidade da depressão e da sua relação com o autocriticismo.

Surgindo como uma mais valia, no processo de cuidar desta psicopatologia, incorporando tal fenómeno, ainda pouco explorado pela disciplina de Enfermagem. A importância do enfermeiro como gestor de caso, acresce e valoriza as competências do enfermeiro especialista, promovendo a autonomia da sua atuação, bem como o seu lugar relevante no seio da equipa multidisciplinar.

Neste sentido, o presente trabalho inicia-se com a Introdução, e depois divide-se em três partes. A primeira parte, correspondente ao enquadramento teórico, em que através da revisão da literatura, se aborda os principais conceitos chave, bem como aprofunda as temáticas sobre a depressão, teoria das mentalidades sociais, autocriticismo e autocompaixão. A segunda parte do trabalho, apresenta a conceptualização do projeto psicoterapêutico, expondo as suas várias etapas, norteadas pelas fases do processo de Enfermagem. Salienta-se a referência ao enfermeiro gestor de caso, ao Modelo de Relação de Ajuda e Teoria das Relações Interpessoais, como construtos de elevada importância para a fase de planeamento deste projeto. Por sua vez, surge a terceira parte, na qual se analisa os dados colhidos, no âmbito das intervenções realizadas, através da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização e sintomatologia depressiva identificada. É de referir que os presentes dados colhidos e sua análise não têm como objetivo a validação do presente projeto; também nesta terceira parte, pretende-se refletir criticamente sobre o desenvolvimento do projeto psicoterapêutico e a possibilidade da sua replicação em diversos contextos de internamento. No final serão apresentadas a Conclusão, Referências Bibliográficas e Anexos, nos quais destaco a reflexão sobre a aquisição das competências já supracitadas. Refere-se que o presente trabalho se apresenta redigido de acordo com o acordo ortográfico ratificado em Portugal em 2008 e se encontra formatado de acordo com a 6ª edição *American Psychological Association*.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A DISCIPLINA DE ENFERMAGEM, CONCEITO DE SAÚDE MENTAL E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

“Atualmente, o desafio é traduzir a base de conhecimento criada e desenvolvida no mundo académico para a prática nos mundos das experiências directas das enfermeiras” (Tomey & Alligood, 2004, p.3).

A fim de elaborar um fio condutor para o presente trabalho, torna-se importante abordar os principais conceitos, que servirão de base conceptual, para o desenvolvimento do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’.

Sendo este um trabalho, como já referido, realizado com o objetivo de conclusão dos estudos académicos no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e também como objetivo da obtenção do grau de Mestre, confere em si a necessidade de reafirmar a importância da Enfermagem.

Enfermagem que, enquanto disciplina, se encontra fundamentada em conhecimento científico, e na qual a complexidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ganha especial relevo, pois a Saúde Mental deve ser um fator sempre a ter em conta, em todas as especialidades de Enfermagem, não estando circunscrita apenas a contextos de doença mental.

Tal reflexão, impele à importância de caraterizar a Enfermagem enquanto ciência, compreendendo a sua evolução e os seus conceitos gerais, bem como compreender a Saúde Mental como centralidade na vida do indivíduo, e por sua vez, de que forma esta oscila também no processo saúde-doença.

Desta forma, surgem as questões: que conceitos caraterizam a Enfermagem? De que forma esta evoluiu?

A disciplina de Enfermagem, enquanto conhecimento científico, é constituída por um conjunto de pressupostos básicos, a partir dos quais deve assentar o exercício profissional dos enfermeiros. Estes pressupostos básicos, que constituem o enquadramento concetual da disciplina, também denominado metaparadigma de Enfermagem, são: Cuidados de Enfermagem, Pessoa, Ambiente e Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Estes pressupostos, enquanto conceitos basilares, dão corpo às teorias, modelos e filosofias de Enfermagem existentes. Desta forma, cada autor, desenvolve estes conceitos e ajusta-os aos fenómenos que pretende estudar e comprovar, mas ao mesmo tempo mantendo-os como bases de sustentação gerais.

Também, no ponto de vista individual de cada enfermeiro, estes conceitos apresentam-se como a base de sustentação, mais ou menos consciente, na sua prática profissional diária, acompanhando a própria evolução científica do conhecimento detido pela profissão.

Referindo a filosofia da Enfermagem Moderna de Nightingale, como um dos primeiros relatos escritos de enfermagem, esta assenta em quatro pressupostos chave: Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente (Tomey & Alligood, 2004, Marriner, 1989), que encontram paralelismo com os já enumerados conceitos chave do enquadramento concetual de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A Enfermagem, enquanto disciplina científica, surge aquando a formação profissional escolar da mesma. Antes disto, identifica-se uma fase pré-profissional da Enfermagem, relacionado com o papel da Enfermagem espelhada nos cuidados assumidos no papel da Mulher na família, desde o nascimento até à morte, dos seus membros. Também a prática do cuidado assistencial está ligada ao modelo religioso cristão, em que este assumia para si aqueles considerados desfavorecidos e pobres, pretendendo, não apenas a resposta às necessidades físicas, mas também às necessidades da alma (Bento, 1997; Collière, 1989).

No final do século XIX, momento em que nasce a Enfermagem moderna, seria identificado por esta, bem como a Medicina em geral, que a principal premissa

relacionada com a doença seria o fator ambiente. Desta forma, considerava que a ‘cura’ das doenças se relacionaria com o controlo do meio ambiente do indivíduo, ou seja, *“proporcionar ao doente as melhores condições para que a natureza possa agir, sobre ele”* (Nightingale, 1988, p.11 como citado em Bento, 1997, p.32).

Com os avanços na Medicina, os cuidados de saúde direccionam-se para o estado de doença, ou seja, o indivíduo, como portador da doença, vê os cuidados realizados, direccionados para a resolução dos sintomas e consequente cura, mas já não apenas direccionado para o ambiente circundante, ou seja, essencialmente direccionado a cuidados diretos ao indivíduo. As intervenções apresentam carácter meramente técnico, em que se prioriza a gestão executiva do trabalho, valorizando a correta execução dos procedimentos de técnicos fundamentados cientificamente, considerados corretos para cada situação (Bento, 1997).

Posteriormente, com maior impacto, na década de 50, surge uma reflexão crítica sobre o implementado modelo biomédico, esclarecendo-se a importância da vertente ‘humana’ da pessoa doente, ganhando importância a questão emocional, afetiva e psicológica de cada indivíduo. A partir desta reflexão, surge o cuidado de Enfermagem centrado na pessoa, em que esta é vista como um ser holístico, complexo e em interação. Surge a importância da relação enfermeiro-utente, através da qual se conhecerá as necessidades do indivíduo alvo de cuidados, bem como a sua história e a sua perspetiva. (Bento, 1997; Collière, 1989).

Por sua vez, a profundidade desta relação enfermeiro utente, bem como a incorporação das características individualizadas da pessoa alvo de cuidados, expande tais interrogações para o contexto cultural.

Atualmente, a preocupação com a interpretação do indivíduo sobre o seu estado de saúde/doença, associado à sua ‘bagagem’ cultural e social, leva a realização de intervenções comprometidas com as necessidades específicas de cada um, tendo em conta a cultura, estilos e modo de vida, realidade socioeconómica e familiar, bem como as

crenças e valores de cada qual. (Townsend, 2014; Tomey & Alligood, 2004; Bento, 1997).

A evolução da Enfermagem e complexidade da sua análise é bem visível nas várias filosofias, modelos e teorias desenvolvidas. Neste sentido, na segunda parte do presente trabalho, correspondente ao desenvolvimento concetual do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’, serão abordadas a Teoria de Médio Alcance Relação Enfermeiro-Doente como intervenção Terapêutica (Lopes, 2006) e a Teoria de Médio Alcance Enfermagem Psicodinâmica (Peplau, 1990). Nesse ponto, serão então explorados os conceitos chave do enquadramento concetual da disciplina de Enfermagem, associados às teorias referidas e alinhadas com os objetivos do projeto.

Tais como as intervenções associadas ao cuidar da disciplina de Enfermagem, foram evoluindo e reconstruindo-se, é possível estabelecer-se um paralelismo com a evolução, também muito importante, respeitante à (re)formulação do conceito de Saúde Mental (e consequentemente de Doença Mental), e a sua interpretação.

O cuidar de enfermagem e médico prestados aos indivíduos com doença mental tem evoluído ao longo do tempo, sendo que antes de se pensar qualquer cuidado assistencial, a doença mental considerava-se associada a questões de cariz sobrenatural/religioso. Desde castigos por pecados realizados, a possessões por espíritos demoníacos, ou até mesmo, a desumanização do indivíduo doente, assumindo-se que seria alguém sem alma, permite pressupor-se que a inexistência de cuidados estaria ligada à incompreensão e incapacidade de contenção de tal fenómeno (Townsend, 2014).

Associado a estas posições sobre a origem da doença mental, foram realizados procedimentos violentos, desde tortura, privação de alimentos ou contato social, na tentativa de cura destas patologias, sendo que muitas vezes terminaram com a morte (Townsend, 2014).

Contudo, em 400 antes de Cristo, Hipócrates traz o conhecimento de que a doença mental terá relação com interações ocorridas fisiologicamente no indivíduo, afastando as

conotações sobrenaturais e religiosas sobre esta questão. Ainda que tal pressuposto tenha sido identificado tão precocemente, na Europa, durante a Idade Média, a associação entre a doença mental e o sobrenatural e bruxaria, levou à morte de muitas pessoas. Contudo, ao mesmo tempo, no Médio Oriente, iniciava-se um processo que identificava a doença mental como um problema de saúde real, que necessitava de respostas (Townsend, 2014).

Por sua vez, a partir dos séculos XVIII e XIX, começam a surgir respostas cada vez mais complexas a tal problemática, humanizando a pessoa com doença mental. Por sua vez, surge também a enfermagem psiquiátrica, fomentando a importância do cuidado particular a cada indivíduo, enfatizando a qualidade da relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa com doença mental, bem como a importância da aplicação de técnicas de comunicação terapêutica (Townsend, 2014).

Na evolução destas respostas à doença mental, surge a necessidade de definir Saúde Mental. Contudo, a definição de Saúde Mental é complexa, individual e variável consoante o contexto social e cultural.

Apesar de atualmente ser inequivocamente reconhecido a saúde mental como uma componente essencial dentro do amplo conceito de Saúde, a sua definição torna-se complexa, pois abarca em si o conceito definido por cada um individualmente, através do qual é necessário conceber planos de intervenção multidisciplinares que abarquem estas necessidades, crenças e expetativas individuais, expressas por cada pessoa.

Se por um lado, a saúde física ou mental, terão sido inicialmente respondidas pelo modelo biomédico, como a existência ou ausência de doença, o modelo biopsicossocial, proposto pela Organização Mundial de Saúde (1946), define saúde como um estado de bem-estar completo, incluindo em si os componentes mental, físico e social, e não apenas a ausência de um estado de doença.

Por sua vez, a saúde mental, integrando o conceito geral de saúde, pode ser definida como o estado geral de bem-estar que um indivíduo vivencia e como o autoavalia, concretizado numa atuação de acordo com as suas capacidades, lidando de forma

adaptativa a situações de tensão associadas à vida diária; e através disto, consegue trabalhar de forma produtiva, contribuindo positivamente para a comunidade onde está inserido (Organização Mundial de Saúde, 2007).

Townsend (2014), sublinha a importância da relação entre stresse e adaptação, como fator principal nas alterações e manutenção do estado de saúde mental. Esta autora sugere que o mecanismo de adaptação aos agentes stressores, sejam estes de origem interna ou externa, corresponde à existência de uma maior ou menor saúde mental (Townsend, 2014).

É de salientar que os conceitos de saúde mental e doença mental sofrem alterações na sua génese interpretativa, consoante o contexto social e cultural em que são definidos (Tomey & Alligood, 2004; Townsend, 2014).

Para Horwitz (2002), surgem dois importantes elementos associados à perceção deste fenómeno, a incompreensibilidade e a relatividade cultural. Neste sentido, a incompreensibilidade, associa-se com a incapacidade de compreender a razão ou motivação que está por base dos comportamentos eventualmente associados a indivíduos com doença mental (normalmente partindo do conjunto de condutas socialmente aceites como base de interpretação). Por outro lado, a relatividade cultural, diz respeito ao conceito cultural que cada um desenvolve dentro de si, por assimilação das regras e normas sociais e culturais, nas quais cada qual vive e incorpora. Este ponto mostra a identificação de comportamentos associados à doença mental dependente do seu contexto, podendo ser variável a sua identificação como comportamento dito normal ou não (Horwitz, 2002).

A partir da tarefa complexa em definir tais conceitos, compreendendo a impossibilidade de uma definição estanque, parte-se para o multidimensional processo ou *continuum* saúde-doença. O entendimento da importância do *continuum* saúde-doença permite a compreensão do indivíduo como um todo, em interação, impedindo o isolamento do indivíduo na sua doença mental, o que não permite deixar de fora o seu contexto cultural, social, familiar e também histórico (Sá, 2010).

O *continuum* saúde-doença, como modelo de saúde, incorporando em si os conceitos de saúde e doença em interação, define que a saúde se apresenta como um estado dinâmico de cada indivíduo. Este estado dinâmico é influenciado pelo ambiente interno e externo no qual o indivíduo se encontra, que se adapta e se reinventa de acordo com as circunstâncias. O conceito de doença, oposto ao conceito de saúde, corresponde a uma diminuição dos mecanismos de adaptação e funcionamento do indivíduo, em comparação ao estado dito normal (de saúde) já vivenciado pelo indivíduo (Potter & Perry, 2006).

Esta dinâmica é influenciada por fatores genéticos e fisiológicos, fatores ambientais, culturais e sociais, bem como estilos de vida. Também nesta equação figuram as crenças, valores, preconceitos e percepções sobre a saúde (Potter & Perry, 2006; Townsend, 2014).

É de salientar que o *continuum* saúde-doença, quando trabalhada para e com a pessoa, permite “*comparar o nível de saúde, do utente no momento, com a situação de saúde anterior. É de utilidade para se poder ajudar o utente a estabelecer metas para um nível futuro de saúde*” (Potter & Perry, 2006, p.3).

Compreendendo o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, este procura focar-se nas respostas desadaptadas e desajustadas associadas a estes *continuum* saúde-doença, espelhando este, não só uma doença mental diagnosticada, mas processos de transição associados a sofrimento ou stresse, bem como associado a outras patologias. Como área de atuação, o processo de cuidar direcionado ao indivíduo, família ou comunidade, deve ir ao encontro da promoção da saúde mental e também na prevenção e tratamento da doença mental, focando a importância da reabilitação e reinserção social, não se focalizando apenas no tratamento da doença, mas também na rentabilização da saúde mental existente (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A natureza da relação de ajuda entre o enfermeiro e o indivíduo, deve ter por base este *continuum* saúde-doença, identificando nele a possibilidade de uma interação privilegiada entre duas pessoas, através da qual é possível a construção de um conjunto de intervenções adequadas a cada situação. Esta deve ser desenvolvida, para que o enfermeiro compreenda e consciencialize que, neste processo de relação, ajuda o outro a

aumentar a sua capacidade adaptativa, compreendendo que tal processo é algo dinâmico, alvo de oscilações, e não um conceito estanque (Lopes, 2006; Rodrigues, 1996).

No traçar das intervenções de enfermagem de saúde mental, é importante reforçar a compreensão das diferenças culturais dos indivíduos. Por outro lado, é de salientar que o próprio indivíduo alvo de cuidados pode priorizar áreas da sua vida que considera mais importantes para o restabelecer da sua saúde, sendo que também isso deverá ser tido em conta. O enfermeiro deverá compreender a conceção que o outro tem do que é importante para si, ao invés de impor a sua conceção, e até mesmo o seu conjunto de crenças e perceções, do que será melhor para a situação em resolução (Townsend, 2014).

A importância da evolução do conceito de enfermagem e também de saúde mental, surgem como fatores a ter em conta na forma como são pensadas e prestadas e intervenções especializadas em saúde mental. A Enfermagem enquanto ciência, contribui não só para a intervenção psicoterapêutica, mas também para a desmistificação da doença mental, reafirmando-a como um estado patológico, tendo a incumbência a diminuição do estigma associado a esta.

1.2.A DEPRESSÃO ENQUANTO PSICOPATOLOGIA, A SUA COMPLEXIDADE ETIOLÓGICA E MÚLTIPLAS ABORDAGENS

“E tenho o corpo gelado e a alma também/ mas as ideias frias continuam lá na cabeça que funciona quando o coração já não bate/ e podia implorar por uma bóia mas não caio para a água/ e podia pedir uma corda mas desaprendi o regresso/ e podia viver mas já não sei - esqueci-me - acho que ficou para trás de um muro qualquer” (João Negreiros, 2008, p.23).

A depressão surge como uma patologia do foro mental de extrema gravidade, constituindo uma realidade extremamente complexa, multifatorial e em crescimento, em Portugal e no mundo.

Na atualidade, em Portugal, a depressão apresenta-se como a doença mental com maior relevância, em comparação com outras perturbações mentais. O aumento de casos clínicos de depressão, apresenta-se como uma realidade preocupante, que leva a necessidade de um conhecimento profundo sobre esta patologia, e a sua multidimensionalidade, bem como o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção de saúde associadas. Estima-se que um terço das pessoas com depressão não recebam qualquer tipo de acompanhamento ou tratamento (Direção Geral de Saúde, 2013).

De acordo com o estudo *Global Burden of Disease* realizado no ano 2010, referido pela Direção Geral de Saúde (2017), as perturbações depressivas apresentar-se-iam já como a terceira causa de carga global de doença, prevendo-se ser considerada a primeira causa no ano 2020, no mundo. Associando o potencial do suicídio e comportamentos parasuicidários muito elevados nesta patologia, esta evolução reforça em si contornos de grande gravidade.

Salienta-se também, de acordo com o *Mental Health Survey Initiative* (2013) referido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2014), Portugal apresenta uma prevalência de 6,8% a respeito da depressão major, apresentando de uma forma global, para as perturbações de humor, uma prevalência de 7,9%, que coloca Portugal em terceiro lugar, tendo em conta os maiores valores de prevalência na Europa.

A respeito da incidência da depressão, de acordo com a Rede de Médicos-Sentinela, verificou-se um aumento de 881,7 por 100 mil em 2004, no sexo feminino, para 991,9 por 100 mil em 2012, o que corresponde a um acréscimo de 12,5%. A respeito do sexo masculino, nos mesmos anos, a evolução da taxa de incidência foi de 289,6 e 347,2 por 100 mil, correspondendo a um aumento de 19,9% (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2014).

Também a Organização Mundial de Saúde (2017), estima que a patologia depressiva seja uma das doenças mais incapacitantes em 2020, sendo um impedimento à atividade produtiva, apontando-se para que seja a segunda causa responsável por tal situação.

Em 2015 a depressão atingiu o valor de 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade. Sendo também relevante salientar a consistente correlação entre estados depressivos e o suicídio, que apresenta valores médios de oitocentos mil casos por ano (Organização Mundial de Saúde, 2017; Direção Geral de Saúde, 2017).

Estes dados trazem particular relevo, quando se identifica um período de tempo, em média, de 5 anos entre o início da sintomatologia associada à perturbação depressiva major e o início do tratamento médico, acrescendo a gravidade do elevado risco de suicídio associado a esta psicopatologia (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2014).

A perturbação depressiva como patologia mental, encontra-se inserida no grupo das perturbações de humor (*American Psychiatric Association*, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014). Por sua vez, o humor pode ser definido como “*um sentimento generalizado e sustentado, que é vivenciado internamente e que influencia o comportamento e percepção do mundo de uma pessoa*” (Saraiva & Cerejeira, 2014, p.205).

O humor pode sofrer alterações, sendo que numa pessoa sem patologia mental, este pode experimentar um vasto leque de estados de humor, que se traduzem, por sua vez em vários estados afetivos. Contudo, a persistência de um estado de humor, seja este elevado ou deprimido, com prejuízo funcional e associado a sofrimento, assume os contornos de um estado psicopatológico (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Para além da perturbação depressiva major, existem outras tipologias de depressão, sendo estas: perturbação disruptiva de desregulação de humor, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual e perturbação depressiva não especificado (*American Psychiatric Association*, 2014).

No caso específico das perturbações depressivas, que trata o presente trabalho, em que se pretende a abordagem ao indivíduo com perturbação depressiva *major*, o estado de humor apresenta-se deprimido de forma persistente, associado a uma ‘tristeza patológica’.

Contudo, a perturbação depressiva *major* não tem apenas como sintomatologia a humor deprimido, de acordo como a *American Psychiatric Association* (2014), esta perturbação caracteriza-se pela ocorrência de episódios depressivos distintos com uma duração de, pelo menos, duas semanas. Como critérios diagnósticos, definidos pelo DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), devem ser identificados, durante um período de duas semanas cinco ou mais dos sintomas, que ocorrerão na maioria dos dias: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer nas atividades antes prazerosas, alterações de peso não associado à alimentação, insónia ou hipersónia, alterações psicomotoras (inquietação ou lentificação), fadiga e perda de energia, sentimentos de culpa e inutilidade excessiva e inapropriada, falta de concentração e capacidade de decisão e ideação suicida, podendo não ser estruturada, ou por outro lado tentativa de suicídio efetiva. Para além da existência da sintomatologia descrita, estes causarão sofrimento clinicamente significativo, bem como prejuízo social para o indivíduo. (*American Psychiatric Association*, 2014).

Salienta-se a importância de compreender se a sintomatologia apresentada não corresponde a outra psicopatologia (como a psicopatologia reação de ajustamento ou a existência de perturbação bipolar), fisiopatologia (em que os sintomas depressivos resultam de efeitos fisiológicos associados a outra condição médica) ou por consumo de substâncias. (*American Psychiatric Association*, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Como já referido, o principal sintoma associado à depressão é o humor deprimido, presente em quase 90% dos casos (Saraiva & Cerejeira, 2014). O indivíduo apresenta-se sem esperança, com uma sensação de vazio ou com uma tristeza sobre a qual não apresenta explicação. O humor deprimido também poderá ser traduzido por uma atitude de apatia, associado a um declínio de participação nas atividades antes realizadas. Por outro lado, por vezes, ocorre a presença de humor irritável, normalmente associado à depressão na criança ou adolescente. Muitas das vezes, esta alteração do humor é

claramente visível pelo profissional de saúde, mesmo antes de questionar o indivíduo sobre este sintoma (Saraiva & Cerejeira, 2014; Neeb, 1997; Montgomery, 1993).

Por sua vez, a anedonia, tanto associado à perda de interesse nas atividades antes prazerosas, bem como a diminuição da libido e/ou interesse sexual, é um dos sintomas principais nesta patologia. Por sua vez, a falta de energia e alterações na atividade motora, caracterizam-se por um cansaço constante, físico e mental, que impede o indivíduo de cumprir as tarefas ditas rotineiras, tanto relacionadas com o seu meio, como tarefas domésticas ao desempenho profissional, sendo também notadas a nível de higiene corporal. A isto associa-se a lentificação do pensamento, traduzido na lentificação do discurso, bem como a diminuição do seu conteúdo. O indivíduo com depressão apresenta uma diminuição de movimentos espontâneos, tendo tendência a isolar-se e a permanecer deitado ou sentado por longos períodos de tempo. Em casos extremamente graves, o indivíduo pode entrar em estupor depressivo, apresentando-se alheio à realidade, não cumprindo qualquer rotina ou tarefa (Townsend, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014; Neeb, 1997).

Muitas vezes, a identificação da anedonia, pode não ser direta. O indivíduo pode não verbalizar o seu desinteresse pelas atividades em que antes participava. O seu discurso pode focar-se no ‘sentir-se farto’ de desempenhar sempre as mesmas atividades ou até mesmo referir sentir-se ‘farto de tudo’ (Montgomery, 1993).

É importante salientar também as alterações cognitivas associadas aos estados depressivos. Estas, para além das alterações relacionadas com a capacidade de concentração, perda de memória e dificuldade na tomada de decisão, assumem também a distorção dos pensamentos. A existência de pensamentos negativos, pauta a mente do indivíduo com depressão. Desenvolvendo uma visão negativa de si e da sua realidade circundante, este desenvolve “*pensamentos negativos sob a forma de ruminações depressivas que invadem a esfera psíquica do indivíduo, tais como insegurança, medo, baixa autoestima, fracasso, ruína, inutilidade, culpa doença grave, desesperança, morte*” (Saraiva & Cerejeira, 2014, p.207).

Quando as alterações cognitivas são de tal forma desviantes, o indivíduo poderá desenvolver medos extremos e irracionais, bem como atividade delirante (Townsend, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Por sua vez, ainda na esfera da sintomatologia associada às síndromes depressivas, surge a ideação suicida. Esta pode ser caracterizada por pensamentos pouco estruturados, em que existe um desejo de morrer ou desaparecer, ou até mesmo referir sentir-se como se já estivesse morto. De forma mais preocupante, surge a ideação suicida estruturada, em que o indivíduo planeia a forma de cometer o suicídio (Townsend, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

A ideação suicida é um sintoma muito complexo, e que requer uma atenção e monitorização consistente. Muitas das vezes, a ideação de morte não é verbalizada, e é dificilmente percecionada. É de extrema importância o acompanhamento e vigilância após o início do tratamento, porque apesar de num estado depressivo o indivíduo não possuir motivação para cometer o suicídio, ao iniciar o tratamento, o aumento da motivação e de energia ocorre primeiro do que a melhoria face aos sintomas cognitivos. Nesta fase o risco de suicídio é muito acrescido (Townsend, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014; Neeb, 1997).

Ainda a respeito deste sintoma, é importante falar abertamente sobre este com o indivíduo alvo de cuidados. Apesar de ser frequente a tentativa de evitamento para falar sobre esta temática, a sua exposição permite ao indivíduo expressar e discutir a existência de tais pensamentos, que na maioria dos casos, se encontra associada a desconforto de terem tais pensamentos. Por outro lado, a necessidade de falar sobre estes pensamentos, e não existir oportunidade para tal, pode reforçar o sentimento de incapacidade por parte da pessoa com diagnóstico de depressão, contribuindo para um agravar do seu estado (Montgomery, 1993).

As motivações para os comportamentos suicidas e parasuicidários relacionam-se com a ideia de desistir perante obstáculos idealizados como inultrapassáveis, desejo concreto de pôr fim a uma dor psicológica e emocional muito intensa, bem como a incapacidade

de se projetar num futuro minimamente aceitável (*American Psychiatric Association*, 2014).

O diagnóstico de depressão é feito, através da entrevista ao próprio, como a familiares, no sentido de identificar a sintomatologia existente. O recurso a alterações imagiológicas cerebrais têm também permitido identificar alterações que se correlacionam com estados depressivos. Em casos mais graves, identificaram-se resultados como ventrículos laterais aumentados, diminuição do volume do hipocampo, diminuição do volume dos gânglios basais e diminuição do volume de substância cinzenta no córtex pré-frontal subgenua. Também foi identificado alterações a nível do metabolismo e aporte sanguíneo em regiões do córtex pré-frontal, córtex cingulado anterior, amígdala e tálamo e também no núcleo caudado e estriado ventral (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A respeito do tratamento da patologia depressiva, esta divide-se em duas partes, a fase aguda e fase de manutenção. A fase aguda, que ocorre entre oito a doze semanas, tem como objetivo a melhora significativa do estado do indivíduo alvo de cuidados, pretendendo-se uma remissão significativa da sintomatologia. O tratamento deve assentar numa conjugação entre o regime medicamentoso e acompanhamento psicoterapêutico (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Contudo, é importante salientar o importante papel do cuidador informal, como parte importante do tratamento. Estima-se que cerca de 80% dos cuidados de saúde na União Europeia, sejam da responsabilidade e desenvolvidos por cuidadores informais, normalmente mulheres. Sendo também importante salientar o prejuízo em diversas áreas que o cuidador informal sofre, sendo urgente prestar apoio e acompanhamento significativos (Hoffmann & Rodrigues, 2010).

Por sua vez, a etiologia da depressão é ainda uma área em estudo. A dificuldade em isolar um fator de risco ou fator precipitante que seja a base desta psicopatologia, torna evidente que esta ocorrerá por combinação de vários fatores e a forma como se influenciam mutuamente (Townsend, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

As alterações fisiopatológicas decorrentes da depressão, explicadas à luz da teoria neurotrófica, identificam o fator stresse, associada à predisposição genética do indivíduo, como um despoletar do aumento dos níveis de cortisol. Esta alteração, desregula os fatores de crescimento celulares, podendo, não só alterar a plasticidade neuronal, como levar à morte dos neurónios, sendo este fenómeno, normalmente, mais frequente no hipocampo (Bastos, 2011; Duman & Nanxin, 2009).

Desta forma, as síndromes depressivas, desenvolvem-se por interação de fatores genéticos, neuroendócrinos, fisiológicos e bioquímicos, e também por fatores individuais de personalidade e de afetividade negativa. Por outro lado, destaca-se os acontecimentos de vida negativos, como a morte de um ente querido, stresse ambiental, bem como experiência traumáticas na infância e adolescência (Saraiva & Cerejeira, 2014; Townsend, 2014; *American Psychiatric Association*, 2014; Sadock & Sadock, 2007).

A respeito das experiências traumáticas precoces, é importante referir que nem todos os indivíduos com experiências geradoras de stresse intenso levam ao desenvolvimento de quadros depressivos. A componente genética do indivíduo, que poderá em si ser um preditor de vulnerabilidade, influencia a resposta do indivíduo na vivência de circunstâncias stressantes, e por sua vez ao desenvolvimento da psicopatologia (Saraiva & Cerejeira, 2014).

As perturbações depressivas surgem com uma incidência superior em indivíduos do sexo feminino, normalmente em idade jovem. Também existe uma incidência de quadro depressivos em indivíduos sem relações interpessoais significativas (Townsend, 2014, Sadock & Sadock, 2007).

Contudo, é de salientar que a depressão afeta também muitos homens, mas devido ao enquadramento social e os pretensos papéis que se espera que indivíduos do sexo masculino ou feminino desempenhem, pode levar a que o homem não se sinta à vontade para falar sobre o que sente (Montgomery, 1993).

Esta situação remete-nos para o estigma social associado à doença mental, e por sua vez, à depressão. O estigma, pode ser definido pelo processo, através do qual, determinada população/sociedade discrimina e cria estereótipos negativos sobre uma pessoa ou grupo estigmatizado (Golberstein, Eisenberg & Gollust, 2008).

Frequentemente, devido às alterações que ocorrem no indivíduo com doença mental, podendo estas estarem associados a variações do comportamento, bem como alterações na relação interpessoal, ou até mesmo modificação na aparência, leva os indivíduos ditos ‘normais’, a provocarem um distanciamento e separação. Normalmente este comportamento ocorre, devido à falta de literacia em saúde mental. Contudo e através disto, a pessoa com doença mental é vista apenas como a doença mental, secundarizando-se e negligenciando-se toda a sua multidimensionalidade (Alves, 2008; Baumann, 2007).

Desta forma, para além de atitudes e comportamentos negativos, que a pessoa com doença mental sofre diretamente, este processo de discriminação, traz graves problemas nos processos de integração e incluído na sociedade (Alves, 2008; Baumann, 2007).

Por sua vez, tais comportamentos, levam ao desenvolvimento de um conjunto de atitudes e comportamentos, por parte da pessoa com doença mental, no intuito de diminuir o estigma que a eles lhes é associado. A negação de estar doente, da necessidade de cumprir tratamento, chega ao ponto de existir a consideração, pelo próprio indivíduo, de que é inferior, incompetente ou incapaz, em relação aos outros membros da sociedade (Leff & Warner, 2006; Wahl, 1999).

É importante salientar que as atitudes preconceituosas e estigmatizantes, não são dimensões associadas apenas ao contexto de trabalho ou da interação social pontual. Muitas das vezes, estas atitudes estigmatizantes encontram-se inseridas no contexto familiar e no grupo de pares, sendo necessário o reforço de que a intervenção não deverá ser apenas focada no indivíduo com doença mental, mas ser alargado ao seu contexto familiar.

Sublinhando rapidamente, é importante a reflexão sobre o preconceito e estigma no seio dos profissionais de saúde. Esta problemática, expressa diretamente pelos utentes, levou à identificação de alguns casos, associado a posturas de insensibilidade para com o sofrimento mental, bem como o pouco empenho e expectativa face à capacidade de recuperação dos indivíduos portadores de doença mental (Wahl, 1999).

Durante o tratamento, é importante o estabelecimento de uma relação terapêutica consistente, na qual se pretende que o indivíduo alvo de cuidados estabeleça a sua confiança no profissional de saúde e que através dele compreenda o seu estado de saúde. É importante que também participe e compreenda a importância da adesão ao plano de intervenção traçado, sendo que este pode compreender a terapia farmacológica, bem como estratégias psicoterapêuticas, intervenção familiar ou outras formas de tratamento, como a eletroconvulsivoterapia, estimulação do nervo vago, estimulação cerebral profunda ou estimulação magnética transcraniana (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Normalmente, o tratamento da depressão desenvolve-se no espaço de um ano, ainda que exista situações mais complexas, em que é necessário a manutenção do tratamento por dois anos ou até mais anos (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A nível de estratégias psicoterapêuticas, a terapia cognitivo-comportamental é usada com frequência em casos de depressão, sendo que podem ser usadas separadamente (terapia cognitiva e terapia comportamental), através da qual, se pretende a identificação de pensamentos automáticos negativos, e a modificação de esquemas cognitivos disfuncionais, de forma a obter uma reestruturação cognitiva. A vertente comportamental desta psicoterapia, pretende desenvolver a ativação comportamental, de forma a diminuir os quadros de diminuição de atividade associada à depressão (Beck, 2013; Townsend, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

A terapia cognitivo-comportamental, deriva da teoria cognitivo-comportamental, que teoriza que a depressão terá origem nos pensamentos negativos que ocorrem por distorção cognitiva. O objetivo central desta teoria foca-se no pensamento negativo como base do

estado depressivo, sendo necessário modificar a ‘maneira de pensar’ do indivíduo, controlando a distorção do pensamento (Beck, 2013; Beck, 1964; Alford & Beck, 1997).

Por sua vez, de forma a complementar esta teoria, surgem as teorias cognitivo-comportamentais de terceira geração. Através destas teorias, desenvolvem-se várias técnicas terapêuticas, que visam, para além das intervenções desenvolvidas em torno das distorções cognitivas, identificar-se a importância do sofrimento emocional associado a estas (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010)

Também é frequentemente utilizada a terapia interpessoal, na qual se pretende a resolução de relações interpessoais disfuncionais. A psicanálise também surge como um importante aporte no tratamento da depressão, na qual se explora a origem deste quadro psicopatológico, de forma a desenvolver respostas aos problemas emocionais associados, melhorando os mecanismos de *coping* (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Salienta-se, contudo, que apesar de vários modelos, teorias e abordagens que poderão existir sobre a depressão, nenhuma delas explica de forma totalmente consistente e absoluta, a génese e desenvolvimento desta patologia. Torna-se por isso importante que, se esteja desperto para os múltiplos fatores a esta associadas e da sua multiplicidade de manifestações (Townsend, 2014).

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre os estados depressivos, bem como a sua complexidade e fatores associados, em seguida ir-se-á abordar a teoria das mentalidades sociais, bem como os conceitos de autocriticismo e autocompaixão.

Através da sua compreensão, é possível melhorar as intervenções direcionadas a esta psicopatologia, uma vez que tem sido identificada uma importante relação entre os estados depressivos e elevados níveis de autocriticismo (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004).

1.3. TEORIA DAS MENTALIDADES SOCIAIS E OS CONCEITOS DE AUTOCRITICISMO E AUTOCOMPAIXÃO

“A persistência instintiva da vida através da aparência da inteligência é para mim uma das contemplações mais íntimas e mais constantes. O disfarce irreal da consciência serve somente para me destacar aquela inconsciência que não disfarça” (Fernando Pessoa, 2006, p.152).

Muitas são os estudos realizados que pretendem dar resposta à origem das várias psicopatologias, bem como às suas manifestações, verificadas através de um ou outro determinado conjunto de sintomas.

Nos estados depressivos, abordados no presente trabalho, identifica-se que estes poderão ser resultado de situações traumáticas vividas na infância ou por alterações bioquímicas, por exemplo, bem como a sua eventual conjugação.

Ao analisar a multiplicidade de fatores que compõem a psicopatologia referida, é importante que, para além da compreensão dos mecanismos fisiológicos e biológicos a esta associada, se tenha em conta as funções adaptativas e filogenéticas de cada indivíduo (Castilho, 2011).

Partindo do modelo evolucionário, este postula que os sintomas psicopatológicos ocorrem como alterações disfuncionais dos traços adaptativos dos indivíduos levados ao extremo. Este modelo considera que os processos mentais básicos são fruto do processo evolutivo, sobre os quais atuaram os mecanismos seletivos naturais, que ocorreram desde o passado (Castilho, 2011; Buss, 2004).

É de salientar, que para além do contexto social e cultural do indivíduo, no qual ocorre as experiências de aprendizagem, também as disposições evolutivas, em interação, levam à construção da mente de cada pessoa. Neste sentido, é de referir que tais resultados evolucionários poderão ter-se desenvolvido, não na relação direta com o aumento da

satisfação e bem-estar, mas no sentido de funcionar como mecanismo protetor de adaptação (Castilho, 2011; Buss, 2004).

Estes mecanismos evolutivos de adaptação, ocorrem, de forma premente, em contexto social e inter-relacional. A partir da confirmação do ser humano, enquanto animal social e em constante relação, a importância da conexão com o outro, sujeita-nos aos fatores positivos ou negativos, a esta associados (Gilbert, 2000).

Sentimentos de abandono, desaprovação, rejeição, subordinação ou vergonha, surgem como eventuais ameaças sociais, que devem ser tidas em conta, no comportamento dos indivíduos, com ou sem psicopatologia associada (Gilbert, 2000).

Gilbert (1989), refere que o indivíduo é composto por dois sistemas em interação: o sistema de defesa e o sistema de segurança. O sistema de segurança, como o próprio nome indica, identifica um estado de segurança pelo indivíduo, confirmada pela análise da informação recolhida, que indica a ausência de uma situação perigosa ou de ameaça (Gilbert, 1989).

O afeto positivo encontra relação com o sistema de segurança, sendo que através deste é reconhecida as emoções positivas, que servem de base para a construção da relação com os outros, bem como a vivência de sentimentos de segurança (Gilbert, 1989).

Por sua vez, o sistema de defesa relaciona-se com um conjunto de mecanismos associados ao sistema de autoproteção, que como o próprio nome indica, tem como objetivo a proteção e o evitar de ameaças ou ataques (Gilbert, 1989).

A partir dessa interação, desenvolve-se os sistemas de ‘detecção-ameaça’ e ‘procura-proteção’, que pauta todo e qualquer comportamento, como estratégia evolutiva de sobrevivência. Tanto comportamentos de resposta a estímulos considerados uma ameaça, como comportamentos de resposta a situações aparentemente favoráveis, derivam do processamento cerebral que é feito sobre a situação em questão. A forma como é dada a

resposta mais adequada, traz inerente em si, uma maior capacidade adaptativa (Gilbert, 1989; Gilbert, 2007).

No contexto da depressão, existe uma vivência contínua da ameaça, conjugada com o afeto negativo. Associado a alterações neurobiológicas, a depressão acarreta consigo a experiência e vivência de emoções negativas que se associam a esta perspectiva da existência de ameaça, mas de forma extensamente disfuncional e contínua. Identifica-se, associado aos estados depressivos, a existência do aumento do afeto negativo, de forma a lidar com sentimentos de perda ou de derrota, funcionando como mecanismo adaptativo, ainda que disfuncional (Gilbert, 2007, 2004).

Por outro lado, o afeto positivo, na sua forma de emoção positiva, é um forte construto associado à relação e comportamentos sociais positivos, que oferecem estabilidade (Gilbert, 1989).

A teoria das mentalidades sociais convoca à reflexão sobre a importância do contexto social e o papel social que o indivíduo desempenha e a forma como, por sua vez, o contexto social o molda. Identifica-se também, a adaptação social, como mecanismo fundamental evolutivo de sobrevivência (Gilbert, 1989).

Compreendendo o ser humano, como em interação constante com o seu meio social, torna-se claro assumir que, a autoidentidade de cada um, também é fruto desta mesma interação. Neste sentido, o desenvolvimento de fenómenos de autoavaliação, encontram base na relação interativa com o outro (Gilbert, 1989; 2000).

Assumindo que os processos mentais foram-se construindo, numa perspectiva evolucionária, pela interação com o contexto social existente, e assumindo as competências sociais para compreender os sinais sociais favoráveis ou de ameaça, este processo surge como uma vantagem genética evolutiva, construída ao longo do tempo, podendo falar-se do conceito de fenótipo social (Buss, 2004).

Desta forma, considera-se os fenótipos sociais, como sistemas adaptativos, que contêm informações estratégicas, capazes de originar respostas funcionais, tendo como objetivo ser um conteúdo facilitador para a adaptação e sobrevivência no meio em que o indivíduo se encontra inserido (Gilbert, 2005).

Deste modo, as mentalidades sociais desempenham um papel essencial para a definição dos papéis sociais, com o objetivo de responder aos sinais sociais captados. Estas mentalidades permitem ao indivíduo identificar a resposta adequada a cada situação, para a qual é necessário o desempenho de um determinado sistema psicobiológico, associado a cada papel social. Por outro lado, as mentalidades sociais, também permitem que seja identificado no outro, o papel social que representa, bem como as respostas interpessoais, afetiva ou comportamental, que se espera no relacionamento com o outro (Gilbert, 2000, 2005).

O conceito de mentalidade social caracterizado pelo conjunto de estratégias interativas, no sentido de desenvolver um sistema de formação de papéis a desempenhar, pautam o relacionamento com os outros, e ocorrem nesta interligação dinâmica, como resposta ao contexto social e seus estímulos (Gilbert, 2004; Gilbert, 2005; Castilho & Gouveia, 2011).

Para Gilbert (2005, 2007), existe cinco tipificações de mentalidades sociais, que auxiliam na construção dos papéis sociais. Estas são: *solicitação ou procura de cuidados* (associada à existência e desenvolvimento de relações interpessoais protetoras), *prestação de cuidados* (relacionada com os aspetos do cuidar direcionado a outro, avaliando as necessidades inerentes), *formação de alianças* (que pressupõe o desenvolvimento de relações cooperativas, que de certa forma permitem a vivência organizada em grupo, com vista à sobrevivência), *hierarquia/ranking social* (relacionado com o desempenho de papéis sociais, associado a características de acomodação, submissão ou dominantes) e por fim, *sexual* (relacionados com as relações desenvolvidas associadas ao comportamento sexual, bem como estratégias a este associadas).

Na relação com o autocriticismo, salienta-se a importância da mentalidade de *ranking* social com a qual está interligada. Por outro lado, a mentalidade prestação de cuidados

associa-se ao conceito de compaixão, no qual sentimentos positivos se associam ao ato de cuidar (Gilbert, 1989, 2005).

O conceito de mentalidade *ranking* social, que se encontra relacionada com o poder social e ameaça, caracteriza-se pela procura de um estatuto social, em que o indivíduo se compara com os outros, sendo o seu objetivo ser valorizado de forma a estar incluído socialmente. Este tipo de vivência está associado a sentimentos de vergonha, associado a sentimentos de inferioridade, que identifica por comparação (Gilbert, 2005).

Contudo, esta mentalidade social, quando em continuidade, pode levar ao desenvolvimento de quadros depressivos, por experimentação de sentimentos de inferioridade e subordinação, bem como de vergonha e rejeição (Gilbert, 2004).

A mentalidade de *ranking* social encontra expressão na teoria de vinculação, em que a criança se constrói, no seu eu, através da relação que desenvolve com a suposta figura de vinculação, bem como a qualidade desse vínculo. A partir daqui a criança começa a identificar o seu estatuto social na família, bem como comportamento de submissão, que poderão ser comportamento defensivos patológicos, quando a figura de vinculação é considerada uma figura de ameaça. Por sua vez, também a mentalidade de prestação de cuidados, através da qual são criados sentimentos de segurança e estabilidade, será influenciada pela qualidade da vinculação, obtida pela interação entre a criança e progenitores (Castilho, 2011; Gilbert, 2004, 2005).

De acordo com Winnicott (1978), o processo de vinculação começa a criar-se desde as primeiras interações entre progenitor e o bebé. A relação entre ambos, sustentada por laços de afeto fortes, leva a que o desenvolvimento emocional da criança ocorra de forma saudável.

Esta construção do processo de vinculação, quando bem edificado, leva a que ocorra sentimentos de confiança entre ambos. Este sentimento de confiança será transportado para as relações do bebé, quando este for adulto, sendo que a qualidade das suas relações

estabelecidas, bem como a capacidade de as estabelecer, remontarão a esta sua primeira relação com a sua mãe (Winnicott, 1978).

Bowlby (1989, 2006), explica através da Teoria da Vinculação ou Teoria do Apego, a importância do vínculo ou apego, através do qual o comportamento do indivíduo se organiza, de acordo com uma experiência positiva ou negativa de vinculação.

Ainda que a mentalidade *ranking* social seja a que se encontre mais interligada com o autocriticismo, considero importante a reflexão sobre a mentalidade prestação de cuidados. Pois será através da vivência desta mentalidade, em que o indivíduo, alvo de cuidados, que será criado o vínculo necessário para que as relações sociais não sejam desajustadas, uma vez que existe um padrão de ‘quase replicação’ entre a primeira vinculação do bebé e as suas futuras relações (Bowlby, 2006).

Neste seguimento, relações disfuncionais, com distanciamento emocional, com ocorrências de comportamentos violentos, e ausência das pessoas de referência ou pessoas de referência disfuncionais, leva a observar que ocorrem *“muitos distúrbios psiconeuróticos e da personalidade nos seres humanos como um reflexo de um distúrbio da capacidade para estabelecer vínculos afetivos, em virtude de uma falha no desenvolvimento na infância”* (Bowlby (2006, p.99).

Regressando a mentalidade de *ranking* social, um processo de vinculação não eficaz pode levar ao ativar patológico do sistema de defesa, associada a sentimentos de vergonha, que levará ao desenvolvimento do autocriticismo (Kelly, Zuroff & Shapira, 2009).

Salienta-se que memórias de vergonha associadas a figuras de vinculação têm um maior impacto no desenvolvimento de quadro psicopatológicos, que o mesmo tipo de memórias associado a outras pessoas. Por sua vez, foi identificada uma relação entre memórias traumáticas de vergonha com figuras de vinculação, associadas à existência de quadros depressivos (Matos, Pinto-Gouveia & Costa, 2011).

Neste sentido, o processo de autoavaliação interna encontra expressão nos fenómenos do autocriticismo e da autocompaixão, que se relacionam com a regulação emocional.

O autocriticismo caracteriza-se então como uma estratégia adaptativa, normalmente disfuncional quando elevado, que visa dar resposta a situações de ameaça. Por sua vez, surge em contrapartida, o conceito de compaixão, que visa a autotranquilização, por meio do afeto positivo (Gilbert, 1989, 2005).

A autocompaixão surge como um fator de regulação emocional, que permite o criar de um distanciamento de situações ou pensamentos geradores de sofrimento, ao invés do autocriticismo, que desenvolve sentimentos de vergonha e culpa, de forma desproporcional, a respeito do acontecimento que o suscitou (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert *et al*, 2004; Berking & Whitley, 2014).

Explorando o conceito do autocriticismo, este é caracterizado como uma relação interna, alicerçada na internalização de uma relação hostil-dominante, através da qual é ativado o sistema de processamento defesa-ameaça (Gilbert, 2005).

O autocriticismo, na sua dinâmica de autocondenação, desenvolve uma experiência de perseguição interna, na qual procura identificar todos os defeitos ou falhas percecionadas. Desta experiência, derivam sentimentos de vergonha, que provocam sentimentos de impotência e de dominação, sobre quem os vivencia. Por sua vez, na tentativa de resposta a tais pensamentos de autocrítica, o grau de vulnerabilidade para estados depressivos é aumentado (Gilbert, 2004, 2000).

Associado a elevados graus de autocriticismo, o volume de pensamentos autocríticos é muito aumentado, sendo que, para além dos sentimentos de vergonha já referidos, associa-se sentimentos de fraqueza e de incapacidade para lidar com tais pensamentos, resultado em depressão (Whelton & Greenberg, 2005; Zuroff, Santor & Mongrain, 2005)

Desta forma, elevados níveis de autocriticismo definem-se como uma caraterística de personalidade, identificada como uma vulnerabilidade específica para a depressão (Gilbert, 2004; Blatt, 2008; Castilho & Gouveia, 2011)

Uma ativação disfuncional da mentalidade *ranking* social, por elevado autocriticismo, aumenta o risco do desenvolvimento de psicopatologias, associada a sentimentos de subordinação, inferioridade, vergonha e rejeição, o que atestam a vulnerabilidade dos indivíduos com tais caraterísticas (Gilbert *et al*, 2004; Castilho & Gouveia, 2011).

Salienta-se, que para além dos sentimentos de auto-ataque, o autocriticismo também se associa à dificuldade em experienciar sentimentos de tranquilização e autocompaixão (Gilbert, *et al*, 2004).

Partindo desta premissa, é importante que no processo de intervenção, se tenha em conta, não apenas a redução de sentimentos de autopunição e de fraqueza, mas também o desenvolver de mecanismos de autocompaixão e aceitação (Castilho, 2011; Gilbert *et al*, 2006).

O modelo de Gilbert sobre o autocriticismo identifica duas funções a este associado – auto-correção e auto-ataque – que encontram expressão nas formas do *eu* inadequado e do *eu* detestado, medidas através do instrumento *Forms of Self- Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (Gilbert *et al*, 2004); estas duas formas encontram-se correlacionadas com estados depressivos (Gilbert *et al*, 2004).

O *eu* inadequado, carateriza-se por um sentimento autocrítico, que fomenta sentimentos de inadequação e inferioridade, desenvolvendo um sentimento de inferioridade, fracasso e diminuição face aos outros, incidindo sobre os erros cometidos e na dificuldade em os aceitar, bem como uma procura constante por pontos a melhorar (Gilbert *et al*, 2004; Castilho, 2011).

Por sua vez, o *eu* detestado pauta-se por uma forma de *eu* agressiva e autopunitiva, que desenvolve no indivíduo sentimentos de repugnância, aversão, agressão e punição sobre o eu (Gilbert *et al*, 2004; Castilho, 2011).

Neste modelo associa-se uma terceira forma, denominada *eu* tranquilizador, que tem um caráter positivo, como mediador do *eu* detestado e inadequado, que se relaciona com o conceito de autocompaixão. Salienta-se a importância do conceito de autocompaixão, através do qual é possível uma resposta do indivíduo, mais adaptativa às falhas ou erros que identifica, encerrando em si um caráter protetor (Gilbert *et al*, 2004).

Salienta-se que o instrumento *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (Gilbert *et al*, 2004) na sua versão portuguesa, Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS), e validada para esta população (Castilho & Gouveia, 2011), será abordado na parte II e III do presente trabalho, e nesses pontos, desenvolvido com maior pormenor.

1.4. O CONTEXTO DO ESTÁGIO, A SUA ANÁLISE E O SURTIR DO PROJETO PSICOTERAPÊUTICO ‘DA DEPRESSÃO À AUTOCOMPAIXÃO’

O estágio foi realizado num hospital da região do Alentejo, num serviço de internamento de Psiquiatria, para casos agudos. A equipa multidisciplinar é composta por médicos psiquiatras, enfermeira responsável de serviço, enfermeiros e auxiliares de ação médica. Também participam, em tempo parcial, na equipa multidisciplinar, terapeuta familiar, fisioterapeuta e técnico de serviço social. Este serviço de internamento também é apoiado pela equipa de médicos de outras especialidades, que pertencem a outros serviços de internamento do mesmo hospital, bem como o apoio dos serviços administrativos.

Neste serviço de internamento, é realizado, uma vez por semana, uma reunião de equipa, que permite a discussão de casos, propondo estratégias de intervenção para cada utente, com as contribuições dos vários elementos da equipa multidisciplinar.

A admissão dos utentes é normalmente feita após referenciação a partir do Serviço de Urgência do mesmo hospital. Aquando o momento do internamento, é feita a avaliação inicial de Enfermagem, através de entrevista, bem como a apresentação do serviço de internamento, caso o utente apresente condições para que tal ocorra. É também valorizada a interação e envolvimento da família no processo de cura do utente, procurando a sua participação no decorrer do internamento e preparação para a alta.

Procura-se a discussão de cada situação em equipa multidisciplinar, de forma ao desenvolvimento de planos de intervenção o mais completos e abrangentes possíveis.

Através de recolha de informações entre os vários membros da equipa, foi identificada um elevado número de internamentos de indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva maior. Partindo desta informação, associando à gravidade da depressão, tanto do ponto de vista individual, como da sua expressão e impacto no mundo atual, foi considerado pertinente, a abordagem desta psicopatologia.

Por sua vez, compreendendo o carácter crónico e recorrente da depressão (Saraiva & Cerejeira, 2014), foi feita uma pesquisa bibliográfica, no sentido de compreender os vários fatores associados a esta patologia.

A partir deste procedimento, e compreendendo a relação do fenómeno do autocriticismo e os estados depressivos, corroborado por vários estudos (Castilho, Gouveia, Amaral & Duarte, 2014; Dagnino, Pérez, Gómez, Gloger & Krause, 2017; Dinger, Barrett, Zimmermann, Schauenburg, Wright, Renner, Zilcha-Mano & Barber, J., 2015; Ehret, Joormann & Berking, 2015; Gilbert, 2004 *et al*; Straccamore, Ruggi, Lingiardi & Zanardi, 2017; Sturman, Rose, McKeighan, Burch & Evanico, 2015), foi identificada uma área de atuação, ainda pouco explorada pela disciplina de Enfermagem, que deve ser tida em conta.

Neste sentido, e tendo como tema a correlação entre o autocriticismo e a depressão, foi construído um projeto psicoterapêutico, que será descrito na parte II do presente trabalho, no sentido de dar respostas às necessidades dos indivíduos com este diagnóstico, planeando o início das intervenções em contexto hospitalar, estendendo-se o plano de intervenções, posteriormente ao contexto do domicílio. De forma a reforçar a importância de um projeto psicoterapêutico, que se estenda para lá do contexto de internamento, é de salientar que o sucesso do mesmo, levará à diminuição dos recursos utilizados, diminuindo o número de internamentos e consequentemente uma reinserção social mais eficaz e consistente, promovendo a autonomia do indivíduo.

Tais objetivos, vão ao encontro das diretivas do Plano Nacional para a Saúde Mental 2017, que dá ênfase à promoção da autonomia, integração e inclusão dos indivíduos com doença mental, na sociedade, privilegiando a manutenção dos cuidados no domicílio, ao invés do recurso a múltiplos internamentos ou a situações de institucionalização economicamente mais dispendiosos (Direção Geral de Saúde, 2017).

Com o desenvolvimento deste projeto, bem como as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, tem-se como objetivo a aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

Desta forma, foi realizado um planeamento, no sentido de clarificar o caminho traçado para a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Em colaboração com a enfermeira orientadora Isabel T. e os professores orientadores, João Claudino e Raul Cordeiro, foi traçado um conjunto de objetivos a atingir, tendo como base o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em anexo (Anexos IA e IB). Nesta sequência, os objetivos traçados, foram alvo de reflexão, no sentido de compreender, de que forma foram interiorizadas e apropriadas as demais competências, consubstancializadas numa reflexão crítica (Anexo II).

PARTE II – CONCEPTUALIZAÇÃO DO PROJETO PSICOTERAPÊUTICO ‘DA DEPRESSÃO À AUTOCOMPAIXÃO’

“Aquele que testemunhou o abismo, as fundações da terra, / experiente de caminhos, em tudo era sábio!” (...) “Aonde estavam os poderes, foi averiguá-los,/ de cada coisa extraiu um ápice de sabedoria./ O que era secreto encarou, o oculto trouxe à luz:/ resgatou a memória de antes do Dilúvio./ Extenuado, mas em paz, fez o caminho que não tem fim/ e na pedra exarou os seus trabalhos” (Excerto de Épico de Gilgameš, escrito entre 2100 a 1600 a.C. e traduzido por Parreira, 2017, p.45).

Tendo em conta o elevado, e tendencial crescente, número de indivíduos com diagnóstico de depressão, bem como a forma como tal psicopatologia se associa a graves casos de incapacidade, e por outro lado, em muitos casos, leva ao suicídio, torna-se importante a reflexão sobre este contexto.

Nesta linha de pensamento, é importante repensar, reajustar e criar novas estratégias que ofereçam respostas a quem desenvolve esta psicopatologia, compreendendo as suas necessidades. Para dar resposta a tal situação, torna-se necessário uma compreensão o mais ampla possível sobre este fenómeno, incorporando todos os conceitos considerados pertinentes, para uma abordagem complexa, transformadora e o mais responsiva possível.

Compreendendo o fenómeno do autocriticismo (na forma do *eu* detestado e *eu* inadequado) e da autocompaixão (na forma de *eu* tranquilizador), anteriormente descritos, e a sua impressa relação com estados depressivos (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer 2006; Shahar, Doron & Szepsenwol 2015), tornou-se pertinente o desenvolvimento de um projeto psicoterapêutico, denominado ‘Da Depressão à Autocompaixão’ que reflita a esta correlação, e à qual se pretende dar resposta.

Como já foi referido, o presente projeto tem como objetivo o desenvolvimento de um conjunto de intervenções, a iniciar no momento de internamento e posterior

acompanhamento no domicílio. Este terá como base o fenómeno do autocriticismo, em alinhamento com a sintomatologia depressiva e outros fatores ou acontecimentos de vida considerados preponderantes. Remete-se para a importância da aplicação do projeto em contexto individual, bem como a eventual necessidade de reajustamentos, tendo em conta essa mesma individualidade.

As intervenções traçadas de forma genérica, pretendem dar resposta às alterações cognitivas e respostas emocionais, que o indivíduo com diagnóstico de perturbação depressiva *major* desenvolve, associada à sintomatologia depressiva e graus de autocriticismo e compaixão.

Como também já foi referido, a base concetual específica para o presente projeto, desenvolvendo o papel norteador da relação de ajuda entre o enfermeiro e o indivíduo alvo de cuidados, assenta na Teoria de Médio Alcance Relação Enfermeiro-Doente como intervenção Terapêutica (Lopes, 2006) e a Teoria de Médio Alcance Enfermagem Psicodinâmica (Peplau, 1990). É também objetivo deste projeto, o processo de gestão de caso, desempenhada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, ou seja, o enfermeiro como gestor de caso no seio da equipa multidisciplinar.

2.1. O PROCESSO DE ENFERMAGEM ENQUANTO ESTRATÉGIA ORGANIZADORA DO PROJETO TERAPÊUTICO

O enfermeiro, enquanto figura de grande relevo na prestação de cuidados, é capacitado para compreender as necessidades e expectativas dos indivíduos, e através dessa análise desenvolver respostas que otimizem a experiência humana de saúde (Watson, 2002).

Neste sentido, para além da prestação de cuidados direta, cabe também ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental criar e implementar projetos que respondam

às necessidades e problemas dos indivíduos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente projeto em construção tem como objetivo o acompanhamento do indivíduo com diagnóstico de perturbação depressiva *major*, desde o momento de internamento, prolongando-se no seu contexto de domicílio, na comunidade.

Pretende-se a avaliação de todos os fatores associados a esta psicopatologia, bem como outros inerentes à individualidade do utente, salientando os conceitos de autocriticismo e autocompaixão.

Salienta-se também, na esfera da doença mental, que se tem verificado o acompanhamento dos indivíduos com doenças mentais na comunidade, como uma estratégia mais eficaz na estabilização e tratamento da doença, do que em indivíduos sem este acompanhamento, levando a reinternamentos sucessivos (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Esta premissa fortalece a intenção deste projeto, motivando e convocando os profissionais de saúde a criarem respostas adequadas, para lá do contexto de internamento.

Por sua vez, de forma a nortear a conceção do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’, este foi elaborado de acordo com as etapas do Processo de Enfermagem.

O processo de enfermagem, como método científico, permite uma abordagem completa para a resolução de problemas. Através de uma sequência ordenada, permite uma correta gestão dos cuidados de enfermagem, direccionados às necessidades do indivíduo, família ou comunidade. (Potter & Perry, 2006; Townsend, 2014)

Partindo da proposta de Processo de Enfermagem em Saúde Mental desenvolvido pela *American Psychiatric Nurses Association* e a *International Society of Psychiatric-Mental*

Health Nurses, identifica-se seis fases constituintes do mesmo, denominados padrões de práticas (Townsend, 2014):

- *Padrão 1 – Apreciação* (Refere-se ao processo de colheita de dados abrangente na esfera da saúde e da doença, de forma a desenvolver os melhores cuidados para o indivíduo; esta colheita de dados vai para além da observação do utente, mas também engloba métodos de pesquisa);

- *Padrão 2 – Diagnóstico* (Carateriza-se pela análise dos dados disponíveis, com a finalidade de identificar necessidades, problemas e diagnósticos, bem como o risco a eles associado);

- *Padrão 3 – Identificação dos resultados* (Através dos diagnósticos identificados, reconhece-se os resultados esperados, que deverão ser realistas e ajustados, sendo importante a participação de outros elementos da equipa multidimensional e do indivíduo alvo de cuidados e/ou a sua família);

- *Padrão 4 – Planeamento* (Pretende-se, com este padrão, delinear planos de intervenção, de forma a obter os resultados esperados. As intervenções serão traçadas com vista a individualidade do utente, bem como acedendo aos conhecimentos científicos existentes, através da pesquisa);

- *Padrão 5 – Implementação* (Corresponde à implementação do plano de intervenções traçado e anteriormente planeado);

- *Padrão 6 – Avaliação* (Este último padrão diz respeito à verificação do sucesso das intervenções, que deverão materializar-se nos resultados esperados).

Neste sentido estabelece-se um paralelismo entre o *Padrão 1 – Apreciação*, com o ponto 2.2. *Investigação* (posteriormente abordado), através do qual se pretende reconfirmar a importância da relação dos estados depressivos com o autocriticismo, estabelecendo-se os objetivos a atingir com o presente projeto psicoterapêutico.

Por sua vez, o *Padrão 2 – Diagnóstico* é espelhado no ponto 2.3. *Etapa Diagnóstica* (posteriormente abordado), no qual se pretende a abordagem à metodologia de colheita e análise dos dados obtidos, de forma a dar as respostas mais adequadas às necessidades e problemas identificados.

O ponto 2.4. *Etapa Planeamento* (posteriormente abordado), encerra em si o *Padrão 3 – Identificação dos resultados* e o *Padrão 4 – Planeamento*, tendo como primeira finalidade a identificação das necessidades e problemas do indivíduo, com base num corpo de construtos científicos, que para além de incidirem sobre as necessidades do indivíduo, também abordam as bases teóricas da prática de Enfermagem. Por sua vez, também engloba o desenvolvimento das intervenções traçadas.

Por sua vez, o ponto 2.5. *Etapa Implementação* (posteriormente abordado), converge com o *Padrão 5 – Implementação*, e como o próprio nome indica, diz respeito à implementação das intervenções planeadas, bem como a sua documentação.

Por último, o *Padrão 6 – Avaliação* encontra expressão no ponto 2.6. *Etapa Avaliação*, no qual se identificam o processo de avaliação dos resultados esperados do projeto psicoterapêutico, bem como a avaliação do processo de construção e implementação do mesmo projeto.

Desta forma, prossegue-se para as várias etapas construtoras do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’, desenvolvidas a partir dos objetivos identificados para as várias fases do processo de enfermagem de saúde mental.

2.2. ETAPA INVESTIGAÇÃO

Partindo do enquadramento teórico anteriormente exposto, na parte I do presente trabalho, identifica-se, de forma a dar base ao projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’, a correlação entre autocriticismo (na forma do *eu* detestado e *eu* inadequado) e da autocompaixão (na forma de *eu* tranquilizador) e os estados depressivos.

2.2.1. Questão de Investigação

Para Fortin (2003), uma Questão de Investigação, caracteriza-se por um enunciado interrogativo, de carácter objetivo, no qual se identificam os conceitos-chave em análise, bem como a população em estudo, traduzindo a intenção de uma investigação empírica.

Através da Questão de Investigação pretende-se impelir à busca de uma resposta (suscitada por uma pergunta, eventualmente), a fim de dar corpo aos objetivos a que se propõe. Neste sentido, de forma organizativa do pensamento, avalia-se onde se pretende chegar, aquando o momento da implementação do presente projeto.

Verificando-se a necessidade emergente de respostas associadas aos estados depressivos, torna pertinente e corroborativa, a importância de desenvolver respostas adequadas a tal problemática. Por sua vez, explorando as temáticas do autocriticismo e autocompaixão, é possibilitado a incorporação deste fenómeno, como uma mais valia no traçar de intervenções adequadas.

A fim de atestar a validade interventiva de qualquer projeto, é necessário então que este atinja os objetivos previamente propostos. Desta forma os objetivos, no próximo ponto referidos, pretenderão dar a resposta à seguinte questão de investigação:

- Qual a eficácia do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão?’ na redução dos níveis de autocriticismo e sintomatologia depressiva em indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva *major*?

2.2.2. Objetivos do projeto psicoterapêutico

De acordo com a questão de investigação anteriormente definida, foram definidos os seguintes objetivos para o presente projeto terapêutico:

- Explorar o papel significativo do autocriticismo (nas suas formas ‘*eu* inadequado’ e ‘*eu* detestado’) e autocompaixão (*eu* tranquilizador) na perturbação depressiva *major*.

- Planear intervenções de enfermagem especializadas no âmbito do autocriticismo, autocompaixão e sintomatologia depressiva.

- Executar intervenções de enfermagem especializadas no âmbito do autocriticismo, autocompaixão e sintomatologia depressiva.

- Avaliar intervenções de enfermagem especializadas executadas no âmbito do autocriticismo, autocompaixão e sintomatologia depressiva.

- Diminuir níveis de autocriticismo e sintomatologia depressiva após intervenções realizadas.

- Aumentar níveis de autocompaixão após intervenções realizadas.

- Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas integradas nas intervenções da equipa multidisciplinar.

- Desempenhar o papel de gestor de caso em conjunto com a equipa multidisciplinar
- Diminuir número de reinternamentos dos indivíduos com perturbação depressiva major.
- Aumentar o sucesso da reintegração social e profissional dos indivíduos com perturbação depressiva major.

2.3. ETAPA DIAGNÓSTICA

É importante o reafirmar de que o primordial foco da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é, de uma forma sintetizada, a experiência vivida pelo indivíduo alvo de cuidados. É necessário compreender o homem ou a mulher por trás dos dados colhidos, e compreender que tais resultados, não são um valor ou um conceito, mas sim o contexto de vida, no momento atual e tudo o que lhe precedeu, bem como se perspetiva no futuro. Partindo desta premissa, é importante a consideração de cada pessoa como um processo único, continuado e dinâmico, influenciado, não apenas pelos seus fatores intrínsecos, mas também por fatores extrínsecos, como o seu ambiente, contexto familiar, profissional e cultural (Townsend, 2014).

2.3.1. Procedimentos éticos e deontológicos

Para o desenvolvimento do presente projeto, deve ter-se em conta o cumprimento de todas as diretivas éticas e deontológicas associadas à profissão de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Desta forma, atesta-se a salvaguarda da confidencialidade e privacidade de todos aqueles que poderão colaborar no desenrolar deste projeto terapêutico. Salientando-se que foi tida em conta a Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013).

Considera-se importante referir, que para além da salvaguarda da confidencialidade e privacidade os indivíduos alvo de cuidados, é importante a compreensão, de que no desenvolvimento de um projeto psicoterapêutico, conjuntamente com o fato deste ainda não ter testada a sua eficácia, bem como as suas limitações, há outros fatores a ter em conta. Os contextos de entrevista, explorando conceitos, ainda que no papel teóricos, encontram dimensões vastas na vida das pessoas, pelo que o suscitar aspetos íntimos e dolorosos, é um ponto muito importante a ter em conta. O enfermeiro deve estar preparado, não apenas para identificar e explorar aspetos alterados e/ou disfuncionais, mas também para prover o cuidado necessário, tanto nas suas intervenções, como no seio da equipa multidisciplinar, compreendendo a fragilidade que tal processo pode suscitar.

2.3.2. Entrevista e instrumentos de recolha de dados e metodologia de análise dos resultados

Tendo em conta o desenvolvimento do projeto, bem como a sua posterior validação, torna-se importante definir os parâmetros de inclusão de participantes no mesmo.

Compreendendo a abordagem aos fenómenos depressivos, identifica-se como fatores de inclusão, os a seguir descritos:

- Indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major;
- Indivíduos em idade adulta;

Como fatores de exclusão, apresentam-se:

- Indivíduos com dificuldade intelectual;

- Indivíduos com limitações graves de comunicação verbal;

- Indivíduos em estado de descompensação clínica (através da avaliação do estado mental, determina-se a presença de juízo crítico, caso não esteja presente, identifica-se o indivíduo como ‘indivíduos em estado de descompensação clínica’).

Por sua vez, para identificação dos dados sociodemográficos e dos sintomas depressivos existentes (baseada dos sintomas descritos no DSM-5, foi definida a realização de uma entrevista semiestruturada (Anexo III) que se caracteriza por uma modalidade de comunicação verbal, através da qual permite ao investigador e participante, estabelecerem um espaço em que é permitido a recolha de dados, que permitirão a resposta à questão de investigação (Fortin, 2003).

A entrevista descrita apresenta um conjunto de premissas, que correspondem essencialmente aos critérios diagnósticos para a depressão inscritos no DSM-5. Contudo, ressalva-se que tal guião pretende alertar para os pontos a explorar, não sendo necessário a formulação das questões exatamente como se encontram redigidas. Reforça-se assim a sensibilidade do entrevistador para chegar à resposta que pretende obter.

Por sua vez, para colher dados sobre o autocriticismo (nas formas de *eu* detestado e *eu* inadequado) e autocompaixão (*eu* tranquilizador), foi utilizado o instrumento *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (FSCRS) (Gilbert *et al*, 2004) na sua versão portuguesa, Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização validada para esta população (Castilho & Gouveia, 2011), apresentando-se em anexo o instrumento de avaliação (Anexo IV) cuja autorização para utilização está disponível também em anexo (Anexo V). De uma forma sucinta, identifica-se que a FSCRS, é uma escala de cotação direta, composta por 3 subescalas - a subescala *eu* inadequado pontua entre 0 e 36 pontos e subescala *eu* detestado pontua entre 0 e 16 pontos – que através da sua soma se obtém o nível de autocriticismo, e a subescala *eu* tranquilizador, que pontua entre 0 e 32 pontos (Gilbert *et al*, 2004).

Por outro lado, também se considera a avaliação do estado mental (Anexo VI) como fator preponderante para a inclusão no projeto como já referido, bem como a eventual identificação de outros diagnósticos de enfermagem, necessidades ou expetativas, que poderão vir a ser alvo de intervenções.

Neste ponto ressalta-se a importância da entrevista clínica, mais à frente abordada com maior pormenor, como a principal interação com o indivíduo alvo de cuidados, e por sua vez, o meio por onde se recolhe os vários dados, que irão permitir o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas adequadas. É ainda de referir que outras formas de colheita de informação, como escalas ou questionários, encontram a sua validação e reconfirmação, nas informações já recolhidas durante o processo de entrevista.

2.4. ETAPA PLANEAMENTO

Sendo a Enfermagem uma disciplina que dá respostas às necessidades das pessoas, numa perspetiva do cuidar, esta encontra legitimidade inigualável no reconhecimento das necessidades emergentes no outro, e de que forma, torna capaz a relação de ajuda como fio condutor no planeamento e execução das suas intervenções (Watson, 2002).

Desta forma, com a finalidade de desenvolver um conjunto de intervenções especializadas, existe o cuidado de reforçar a capacitação do enfermeiro para as desenvolver, bem como a importância de identificar o seu papel no âmbito deste projeto.

Neste sentido, em seguida, aborda-se o papel do enfermeiro no presente projeto, como gestor de caso, e posteriormente a Teoria das Relações Interpessoais e a Teoria de médio alcance relação enfermeiro-doente - Modelo de relação de ajuda, com o objetivo oferecer e recordar construtos concetuais de extrema importância para o desenvolvimento das intervenções posteriormente propostas.

2.4.1. O enfermeiro gestor de caso

A gestão de caso é um método bastante usado nos Estados Unidos da América, mas que tem vindo a ser generalizado para outros países, inclusive Portugal.

Em Portugal, a metodologia de gestão de casos, na disciplina de Enfermagem, encontra materialização nas Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com a premissa de promover ao indivíduo o acesso aos recursos necessários, bem como as escolhas mais ajustadas à suas necessidades de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este processo de intervenção, caracteriza-se como uma tecnologia para microgestão de intervenções clínicas, integradas, como respostas, nos sistemas de saúde. É caracterizado por uma sequência de pontos, integrados num processo interativo, que permite uma resposta adequada a cada indivíduo. É também caracterizada por ter um custo acessível em comparação com outras formas de intervenção, nomeadamente o recurso a internamentos sucessivos (Casarin, Villa, Gonzales, Freitas, Caliri, Sassaki & Monroe, 2002)

O processo de gestão de caso pode ser também definido como um processo que, por articulação de várias áreas técnicas, permite o diagnóstico, planeamento, coordenação de serviços, encaminhamento, monitorização e avaliação, com objetivo de dar resposta ao conjunto de necessidades dos indivíduos, baseada numa intervenção individual. Considera-se que o fator comunicação surge como o motor mobilizador dos vários recursos disponíveis, permitindo a resposta mais adequada a cada caso (*Commission for Case Management Certification*, 2004).

É de frisar que o processo de gestão de caso adequa os processos de intervenção de acordo com as necessidades e expetativas de cada pessoa alvo de cuidados.

Este processo pretende também providenciar respostas num limite de tempo estabelecido como adequado, em que o gestor de caso, deve proceder à avaliação contínua do processo de cuidar, coordenando a equipa multidisciplinar, providenciando o encaminhamento mais adequado, quando necessário (Rice, 2004).

O gestor de caso tem como principais objetivos, no âmbito deste procedimento, liderar o processo de cuidar, mobilizando e trabalhando com os prestadores de cuidados e eventuais recursos. Para a prestação de cuidados de forma adequada, tendo em conta os recursos financeiros e temporais, surge como preocupação o fazer uso correto desses mesmos recursos.

O gestor de caso é também o elo de comunicação formal entre a pessoa alvo de cuidados e a equipa multidisciplinar, reajustando as necessidades existentes de ambas as partes, agindo de forma a identificar e oferecer as melhores respostas. Por outro lado, cabe ao gestor de caso, promover a literacia do indivíduo, não só a respeito do processo de gestão de caso, mas também sobre os planos de intervenção traçados, promovendo o conhecimento sobre os processos de saúde e doença, nos quais os planos de intervenção incidem (Stanhope & Lancaster, 2011).

É de salientar que também é da responsabilidade do gestor de caso preparar outros profissionais para executarem o processo de gestão de caso, bem como o desenvolvimento e colaboração em estudos de investigação no âmbito deste procedimento (Stanhope & Lancaster, 2011).

Salienta-se que o enfermeiro tem as competências necessárias para o desenvolvimento do processo de gestão de caso, uma vez que o processo formativo da disciplina de Enfermagem oferece conhecimentos adequados. Identifica-se também, que existe um paralelismo complementar entre as várias fases do processo de enfermagem de saúde mental e as fases do processo de gestão de caso (Stanhope & Lancaster, 2011; Rice, 2004).

Recordando, as fases do processo de enfermagem de saúde mental são *Apreciação, Diagnóstico, Identificação dos resultados, Planeamento, Implementação e Avaliação* (Townsend, 2014)

Por sua vez, as etapas correspondentes ao processo de gestão de caso são as seguintes:

- *Procura ou admissão de caso* (é um processo de rastreio, em que através de redes na comunidade, procura referências ou identifica, por análise, necessidades cujo os programas por que está responsável permitem dar respostas. Normalmente, as situações são analisadas em equipa multidisciplinares, com a presença do utente e/ou família (Stanhope & Lancaster, 2011)).

- *Identificação de problemas* (com base na identificação feita através do rastreio e admissão do caso, identifica os problemas e necessidades, com apoio da equipa multidisciplinar (Stanhope & Lancaster, 2011)).

- *Priorização de problemas* (desenvolve planos de cuidados e as conexões necessárias, de forma a dar respostas ao utente, sendo que também este é convocado no processo de decisão (Stanhope & Lancaster, 2011)).

- *Defesa dos interesses do utente* (coordena, negocia e avalia o decorrer do processo de cuidados e que ganhos o utente está a demonstrar (Stanhope & Lancaster, 2011)).

- *Reavaliação* (comparação entre os objetivos traçados e os resultados obtidos; é tida em conta a satisfação do utente e dos prestadores de cuidados envolvidos no processo (Stanhope & Lancaster, 2011)).

Na tabela 1, são identificadas as relações entre o Processo de Enfermagem de Saúde Mental (Townsend, 2014) e o Processo de Gestão de Caso (Stanhope & Lancaster, 2011):

Tabela 1

Relação entre o Processo de Enfermagem e o Processo de Gestão de Caso.

<i>Processo de Enfermagem de Saúde Mental</i>	<i>Processo de Gestão de Caso</i>
	<i>Etapas</i>
Apreciação	Procura ou admissão de caso
Diagnóstico	Identificação de problemas
Identificação de Resultados e Planeamento	Priorização de problemas
Implementação	Defesa dos interesses do utente
Avaliação	Reavaliação

É de salientar que a eficiência verificada no âmbito do processo de gestão de caso, permite o comprometimento com casos cada vez mais complexos. Este processo mantém como objetivos principais a redução de (re)internamentos e institucionalizações, promovendo cuidados de qualidade no contexto de domicílio, fomentando assim a inclusão social. Por outro lado, é também possível a escolha de respostas mais adequadas, rentabilizando os recursos disponíveis. Desta forma, é possível reduzir os custos associados aos tratamentos e intervenções, tanto no momento do decorrer do processo, como num acompanhamento que se traduzirá numa manutenção mais efetiva do estado de saúde e estabilidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

Rice (2004), identifica o processo de gestão de caso, a nível dos cuidados domiciliários, como uma mais valia no acompanhamento aos indivíduos, principalmente no pós-alta, salientando a importância do papel da equipa multidisciplinar.

As reuniões multidisciplinares, coordenadas pelo gestor de caso, permitem a discussão dos casos em acompanhamento, analisando a progressão, bem como a descrição ou ajuste dos objetivos traçados. Desta forma, o plano de cuidados a executar deve ser traçado com todos os profissionais que compõem a equipa multidisciplinar, envolvendo a pessoa alvo de cuidados, bem como a sua família ou eventual cuidador, se necessário (Rice, 2004).

Salienta-se a importância da identificação ou criação de instrumentos que possam avaliar o sucesso das intervenções do gestor de caso. Por outro lado, a criação de indicadores específicos, neste caso, no âmbito da Enfermagem, que permitam uma relação entre a evolução dos processos de saúde do indivíduo e as práticas de Enfermagem

para esta definidas, é uma mais valia para a sustentação e solidificação da importância da disciplina de Enfermagem nos processos de cura, reabilitação e promoção da saúde no indivíduo, família e comunidade.

2.4.2. Teoria explicativa da relação enfermeiro-doente - modelo de relação de ajuda

A relação de ajuda pressupõe o encontro entre duas pessoas, e consequentemente com aquilo que cada uma é. Neste sentido, esta relação estabelecida, apesar do seu carácter terapêutico, desenvolvido na prática profissional, é influenciado pelas características do enfermeiro, de forma mais ou menos percecionada por este.

Por outro lado, as características da pessoa alvo de cuidados, particularizando para as características específicas da pessoa com doença mental, surgem também como características que afetam tal relação.

Este tipo de relação desenvolve-se, na maioria das vezes, associada ao sofrimento da pessoa alvo de cuidados, na qual o enfermeiro surge como mediador e atenuador deste sofrimento, receios, anseios e necessidades desta, sempre em interação com o outro (Lopes, 2006).

Desta forma, a relação de ajuda, assenta sempre numa relação terapêutica, que se define como a interação existente entre duas pessoas, profissional de saúde e indivíduo alvo de cuidados, na qual a cooperação existente contribui para um ambiente terapêutico (Townsend, 2014).

A intervenção terapêutica terá um início, que é denominado por acolhimento, momento em que existe o primeiro contato, e em que se pretende compreender os objetivos, comportamento, pensamentos e emoções da pessoa alvo de cuidados este

primeiro momento, encerra já em si uma estratégia relacional, que se torna fulcral para o desenvolvimento da relação terapêutica (Chalifour, 2008).

A teoria Explicativa da Relação Enfermeiro-Doente, preconiza, para a relação enfermeiro-doente, dois componentes fundamentais, diferentes, mas claramente interrelacionadas, primeiro a natureza da relação e, por sua vez, o processo de relação (Lopes, 2006).

A natureza da relação, carateriza-se por dois pressupostos, a *processo de avaliação diagnóstica* e o *processo de intervenção terapêutica de enfermagem* (Lopes, 2006).

Começando pelo *processo de avaliação diagnóstica*, este assenta no processo de entrevista de admissão. Este processo, baseado numa forte componente de autoformação, necessita de ser treinada e, antes disso, de ser observada. Ou seja, a entrevista, não permite apenas conhecer o indivíduo alvo de cuidados, como inevitavelmente, a compreensão da dificuldade deste processo, o que permite o fortalecimento no seu domínio, com a finalidade de intervir de forma cada vez mais eficaz (Lopes, 2006, Phaneuf, 2002)

Desta forma, o *processo de avaliação diagnóstica*, que acompanha toda a relação terapêutica, visa a identificação de três fatores importantes (Lopes, 2006):

- *O que o doente sabe* (que engloba a compreensão da informação que o indivíduo detém sobre a sua situação/necessidade/problema, e de que forma as interpreta, bem como sobre eventuais tratamentos ou intervenções associadas);

- *O que preocupa o doente* (esta identificação de preocupações desenvolve-se à volta da problemática do bem-estar, compreendendo as preocupações como potencialidades terapêuticas, que têm validade nas opções diagnósticas tomadas pelo enfermeiro);

- *Estratégias/capacidades do doente* (esta categoria engloba a identificação de estratégias do indivíduo e/ou família, bem como a compreensão do contexto do doente, associada à situação do doente e das suas dinâmicas familiares ou ausência destas).

Neste sentido, salienta-se que neste acolhimento inicial deve ter-se em conta estratégias relacionais, que decorrem em contexto do contato com o indivíduo alvo de cuidados, e que visam a compreensão do estado de saúde deste, e a partir daí, a construção da relação de ajuda. O enfermeiro deve manter e compreender o sentido de si, e como este pode influenciar a relação com o doente (Chalifour, 2008).

O processo de avaliação diagnóstica encontra paralelismo com a fase de exploração, em contexto de entrevista, em que é possível ao enfermeiro colher os dados necessários para o planeamento das intervenções (Phaneuf, 2002).

Por sua vez, o *processo de intervenção terapêutica de enfermagem*, pressupõe dois princípios: a gestão de sentimento e a gestão de informação (Lopes, 2006).

A gestão de sentimentos, caracteriza-se por uma abordagem de dois níveis, comparativamente algo opostos. Partindo da factualidade de que todas as pessoas têm um conjunto de sentimentos e emoções, que manifestam de formas distintas, exigem ao enfermeiro dois tipos de atuação: a gestão da expressão de sentimentos (associada à cedência do espaço necessário e pelo apoio à expressão destes) e por outro lado a gestão dos sentimentos expressa (que pretende uma expressão de sentimentos adequada, levando a uma concessão verbal de espaço, para que tal expressão aconteça (Lopes, 2006).

Por sua vez, a gestão de informação define-se, de uma forma resumida, pela explicação do processo de doença e tratamento, que abarca a gestão dos conhecimentos do indivíduo e dos conhecimentos fornecidos por outros profissionais de saúde (Lopes, 2006).

Abordando o segundo componente fundamental desta teoria, o processo de relação, composta por três fases, que em certo ponto, se sobrepõem. Estas fases são (Lopes, 2006):

- *Início da relação* (esta fase inicia-se ainda antes do enfermeiro se reunir com o indivíduo alvo de cuidados, quando o enfermeiro acede aos dados do utente e prepara o encontro. Contudo, salienta-se como momento primordial desta fase na entrevista de

admissão, na qual ocorre o processo de avaliação diagnóstica, e ao mesmo tempo, inicia-se o processo de intervenção terapêutica, com a planificação de objetivos);

- *Corpo da relação* (esta fase expressa o processo de intervenção terapêutica, no qual se desenvolve as intervenções planeadas, ao mesmo tempo que é feita uma reavaliação sistemática, com vista a atingir os objetivos anteriormente planeados);

- *Fim da relação* (por sua vez, o fim da relação caracteriza-se por dois momentos fundamentais, caracterizados pela reabilitação do doente, e por outro lado, pela morte do doente, compreendendo as dificuldades do processo de luto, que também é vivido pelo profissional de saúde, uma vez que este cultiva a proximidade no âmbito da relação terapêutica).

2.4.3. Teoria das Relações interpessoais ou Enfermagem Psicodinâmica

A presente teoria, desenvolvida por Hildegard Peplau, surgiu num momento em que a Enfermagem começava a evidenciar-se enquanto ciência. Considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, Peplau, revolucionou a Enfermagem do seu tempo, ao concetualizar o doente como parceiro de cuidados. Para além disso, trouxe aportes científicos de outras áreas científicas, a fim de fortalecer os seus conhecimentos e desenvolver a sua teoria (Tomey & Alligood, 2004).

A Enfermagem Psicodinâmica, combina vários conceitos e conhecimentos na sua composição, o que a torna tão rica e complexa. Salienta-se a teoria da motivação de Maslow, a teoria da personalidade de Miller, na qual se aborda mecanismos de ajuste e aprendizagem social, bem como o modelo de resposta estímulo de Pavlov, e por fim, as descobertas de Sullivan, que incluiu na teoria freudiana, a importância de fatores culturais e sociais, bem como salientou a importância das relações interpessoais para cada indivíduo (Tomey & Alligood, 2004).

Tendo em conta os quatro pressupostos centrais da filosofia da Enfermagem moderna (Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente) (Tomey & Alligood, 2004, Marriner, 1989), também a Teoria de Peplau identifica estes quatro pressupostos, adaptados à sua consistente conceptual.

Na teoria das relações interpessoais, o conceito de Enfermagem traduz-se como um processo de relação interpessoal, terapêutico e educativo, através do qual se desenvolve uma forma cooperativa entre a enfermeira e o indivíduo alvo de cuidados, em que na relação estabelecida, é possível dar resposta às necessidades e problemas identificados. Por sua vez, o conceito de Saúde, caracteriza-se pelo movimento da personalidade face aos processos humanos, no sentido de ocorrer uma vida criativa, construtiva, produtiva, individual e comunitária (Tomey & Alligood, 2004; Stickley & Wrigth, 2014).

A respeito do conceito Pessoa, Peplau, identifica o conceito de Homem, em que o homem é um organismo, em interação, que vive num equilíbrio instável. Por sua vez, o conceito de Ambiente, é caracterizado por um conjunto de forças exteriores, e contexto cultural, ao homem, que o influenciam na aquisição de crenças, costumes e hábitos culturais, sendo o processo interpessoal um fator a ter em conta. (Tomey & Alligood, 2004).

Nesta teoria, o principal conceito-chave assenta no processo interpessoal estabelecido na **relação enfermeira-doente**, em que o doente se assume como uma componente ativa no processo terapêutico (Peplau, 1990, Stickley & Wrigth, 2014, Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com Peplau (1990), a relação enfermeira-doente é composta por quatro fases, que apesar de serem fases independentes, podem sobrepor-se:

- *Fase de Orientação*: nesta fase, o indivíduo ao procurar e solicitar os cuidados de enfermagem, parte-se da premissa de que o indivíduo já terá consciência das suas necessidades e expetativas. Através deste ‘primeiro encontro’, a enfermeira orienta o indivíduo, no sentido de este identificar e compreender as suas reais necessidades, sendo

definido a necessidade de ajuda. Nesta etapa existem três pontos centrais, no qual é necessário a intervenção da enfermeira: i) compreensão da necessidade de ajuda, bem como a compreensão da necessidade ou dificuldade sentida; ii) compreensão e contribuição no planeamento dos cuidados que a enfermeira, e serviços aos quais recorre, pode oferecer; iii) facilitação do processo de exteriorização e compreensão efetiva dos sentimentos e emoções, que possam estar a ser elementos de ansiedade e tensão, a respeito das necessidades sentidas e identificadas.

- *Identificação* – o processo de identificação materializa-se na relação entre enfermeira-doente, na qual o indivíduo alvo de cuidados identifica na enfermeira, um elemento em quem pode confiar. Através desta relação de confiança, é permitido à enfermeira explorar os sentimentos e experiências de doença do indivíduo, diminuindo sentimentos de ansiedade e ameaça. Esta fase é particularmente relevante, no sentido em que a enfermeira deverá mobilizar as suas competências de relação, para além de outros construtos científicos mobilizados. A enfermeira deverá ter consciência das suas próprias limitações relacionais, procurando clarificar e aprender as habilidades necessárias para responder adequadamente às situações.

- *Exploração*: nesta etapa, após estabelecida a relação terapêutica, o indivíduo alvo de cuidados tem as condições necessárias para explorar os serviços existentes, de forma a obter o que precisa para a sua recuperação. Nesta fase, o indivíduo alvo de cuidados começa a identificar novos objetivos, uma vez que os objetivos para colmatar as necessidades anteriormente existentes estão a ser atingidos.

- *Resolução*: nesta fase, o indivíduo alvo de cuidados traça novos objetivos para si, em que a enfermeira poderá ou não participar nesta identificação. É nesta fase que o indivíduo se liberta da identificação com a enfermeira, terminando a relação terapêutica.

Para Peplau (1990), no decorrer da relação enfermeira-doente, a enfermeira assume vários papéis distintos. Estes papéis são seis:

1) *Papel de estranha* – o assumir deste papel ocorre na fase de identificação. Ainda não existindo efetivamente relação entre a enfermeira e o indivíduo, a relação é inteiramente formal, devendo a enfermeira dirigir-se ao indivíduo alvo de cuidados, assumindo que este é emocionalmente apto. É importante o estabelecer de um contato positivo, com uma postura de interesse e respeito, pois é a partir deste contato, que serão estabelecidas as várias fases da relação e por conseguinte o desempenhar adequado dos papéis seguintes.

2) *Papel de Pessoa de Recurso* – neste papel, a enfermeira funciona como fonte de informações, recursos e conhecimentos, que partilha com o indivíduo alvo de cuidados, de forma a dar resposta às necessidades existentes. A enfermeira surge como um recurso válido e imprescindível para a resolução da situação existente.

3) *Papel de professora* – neste papel existe a combinação de todos os outros papéis descritos. É no decorrer deste papel, que a enfermeira rentabiliza ao máximo a relação com o indivíduo alvo de cuidados, desenvolvendo planos de intervenção e estratégias que permitam as respostas às necessidades identificadas. Também neste ponto, a enfermeira aprende com a experiência, sendo que os resultados obtidos beneficiarão tanto o indivíduo alvo de cuidados como a enfermeira.

4) *Papel de líder*) através do estabelecimento de uma relação de cooperação, e apesar do indivíduo alvo de cuidados poder esperar que seja a enfermeira a elaborar os planos de intervenção, a enfermeira deve liderar e incentivar o indivíduo, de forma a que este participe no seu processo de cuidados.

5) *Papel de substituta*) Neste ponto, o indivíduo pode colocar a enfermeira no papel de outra pessoa, por modelagem, da sua esfera pessoal, normalmente alguém de uma relação anterior, existindo um reativar de sentimentos experimentados nessa mesma relação anterior. Sendo o ocorrer deste papel, uma atribuição feita pelo indivíduo alvo de cuidados, cabe à enfermeira desconstruir este fenómeno, levando o indivíduo a compreender que semelhanças que possa ter identificado entre a enfermeira e a outra

pessoa da sua esfera pessoal, é motivado por tal processo psicológico. A enfermeira deve reforçar que os objetivos da relação estabelecida, se encontram na esfera terapêutica.

6) *Papel de conselheira*) Através do desempenhar deste papel (fundamental na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), a enfermeira responde às solicitações do indivíduo alvo de cuidados, permitindo que este compreenda o seu estado de saúde, integrando as experiências no seu contexto de vida, de forma a não dissociar estes acontecimentos. Através deste processo, é possível chegar à fase de resolução da relação enfermeira-doente.

2.4.4. O grupo psicoterapêutico

No planeamento das intervenções psicoterapêuticas, explanadas no ponto a seguir, serão propostas a realização de intervenções em contexto de grupo. Neste sentido, surge como fator importante compreender o conceito de grupo, no âmbito terapêutico, bem como os objetivos pretendidos, de uma forma sucinta.

O conceito de grupo assenta sobre a associação de um conjunto de indivíduos, unidos por interesses, valores, normas ou propósitos comuns. Esta associação pode ocorrer por acaso (por exemplo, ter nascido numa comunidade Amish), por opção (adesão a um partido político) ou por circunstância (grupo de pais de um agrupamento escolar) (Townsend, 2014).

Por sua vez, as funções de um grupo poderão ser: i) socialização, ii) apoio, iii) realização de tarefas, iv) camaradagem, v) informativo, vi) normativa, vii) *empowerment* e viii) *governance*. Por sua vez, também existem várias tipologias de grupo, com várias finalidades (Townsend, 2014).

Para o presente projeto, pretende abordar-se dois tipos de grupo: o grupo terapêutico e o grupo de autoajuda.

Neste sentido, começando pelo grupo terapêutico, este pode ser caracterizado como um espaço de diálogo, em que é selecionado um tema/problema a debater, comum ao grupo. A partir daqui, pretende-se trabalhar estratégias que diminuam sentimentos de ansiedade ou insegurança, associados aos assuntos em debate (Townsend, 2014).

Por outro lado, a forma como ocorre o processo de grupo, caracterizado pelas interações e relações estabelecidas no seio do grupo, bem como a apreciação dos vários elementos sobre o assunto em debate, traz informações importantes sobre os indivíduos, permitindo o conhecimento de cada um, diferente do contexto existente numa abordagem individual (Townsend, 2014).

Por sua vez, o grupo de autoajuda caracteriza-se pela disponibilização de um espaço de diálogo, que permite aos indivíduos falar sobre determinadas temáticas, permitindo quebrar o isolamento e o sentimento de incompreensão associado a determinados estados. Por outro lado, permite fomentar o sentimento de inclusão, recebendo compreensão e aconselhamento por parte de outros indivíduos que vivam ou tenham vivenciado situações semelhantes (Townsend, 2014).

O enfermeiro, no âmbito dos grupos terapêuticos, pode ter um papel de líder, coordenador e de planeamento das dinâmicas a executar no grupo, bem como a criação do próprio grupo. Por sua vez, o enfermeiro pode também ter um papel de reencaminhar os indivíduos para grupos já existentes, de acordo com as necessidades identificadas (Townsend, 2014).

2.4.5. Planeamento das intervenções psicoterapêuticas e a sua organização

Antes de abordarmos os planos de intervenções propriamente ditos, é importante a abordagem de dois pontos essenciais:

- Compreender em que etapas se irão dispor as presentes intervenções, bem como por quem.
- Compreender os principais pressupostos que servem de base das intervenções que compõem os planos de intervenção a pré-definir individualmente.

A respeito das etapas de intervenção, no presente projeto, pretende-se que, no momento do internamento do indivíduo com diagnóstico de depressão *major*, lhe seja atribuído um ‘enfermeiro de referência’, que irá traçar o plano de intervenção no internamento (preferencialmente com o apoio e em alinhamento com a equipa multidisciplinar), após avaliação de todos os fatores importantes, que irão ser posteriormente referidos.

Por sua vez, o ‘enfermeiro de referência’ no decorrer do internamento, deverá iniciar a articulação com o enfermeiro dos serviços na Comunidade, que irá assumir o papel de Gestor de Caso, no pós-alta.

A preparação para a alta deverá ser um processo conjunto, traçado individualmente para cada utente, em que o enfermeiro de referência do internamento (em representação da equipa multidisciplinar), o enfermeiro gestor de caso e o indivíduo alvo de cuidados (e eventualmente a sua família ou cuidador), devem planear os próximos passos. Através deste planeamento é possível delinear estratégias a desenvolver em contexto de domicílio, bem como conhecer a dinâmica do processo de gestão de caso e os seus benefícios.

Por sua vez, recordando o enfermeiro de referência no internamento, bem como o enfermeiro gestor de caso, pretende-se que sejam enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, uma vez que a complexidade do indivíduo com perturbação depressiva major exige uma resposta especializada, bem como o processo de gestão de

caso, encontra resposta no conjunto de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Compreendendo que a fase aguda das síndromes depressivas se prolonga entre 8 a 12 semanas, e a remissão dos quadros depressivos ocorrem, no mínimo, no prazo de 1 a 2 anos (Saraiva & Cerejeira, 2014), preconiza-se como intervalos temporais para o presente projeto, os seguintes:

- 1ª Fase – 0 a 6 semanas
- 2ª Fase – 6 a 12 semanas
- 3ª Fase – 12 semanas até remissão/estabilização do quadro psicopatológico.

Uma vez que os internamentos não obedecem a um intervalo de tempo pré-definido, identificou-se a 1ª e 2ª fases, às quais correspondem a fase aguda da depressão.

Preconiza-se a 1ª fase como a fase correspondente ao internamento, ainda que esta fase possa não iniciar obrigatoriamente nas primeiras semanas, pois pretende-se que o indivíduo não se encontre em descompensação clínica agravada, mas sim que apresente a estabilidade necessária para aceitar voluntariamente a integração no projeto, apresentando juízo crítico sobre a sua situação de doença.

A 2ª fase como um período de tempo em que, já no domicílio, necessita de um acompanhamento frequente, e por fim, a 3ª fase, em que se pretende a autonomização do indivíduo, bem como a capacitação deste para reconhecer potenciais situações de recaída e procurar acompanhamento terapêutico.

Por sua vez, na formulação do processo interventivo, salienta-se a entrevista como o processo central, a partir do qual as intervenções traçadas terão espaço para se desenvolverem.

Para Phaneuf (2002), a entrevista, no âmbito da relação de ajuda, caracteriza-se por um processo de permuta, através do qual, o enfermeiro e o indivíduo alvo de cuidados ou família, desenvolvem um conjunto de objetivos individuais, elaborados através dos dados colhidos, transmitindo informações e indicações necessárias, bem como o disponibilizar suporte psicológico, face aos problemas e necessidades vivenciadas, bem como as suas expetativas e aspirações.

Por sua vez, Chalifour (2008), também considera a entrevista como um ponto fulcral no processo de intervenção, caracterizando-a por um processo interativo individual, no qual ocorre interações verbais e não verbais entre o indivíduo alvo de cuidados e o profissional de saúde. Neste espaço de interação é tido em conta a identificação e a compreensão dos papéis a desempenhar, bem como a intenção terapêutica do processo, leva à identificação de objetivos esperados, um período de tempo acordado.

Por sua vez, a primeira entrevista ocorrerá no processo de admissão do utente, mas também dá corpo a cada intervenção realizada, através da qual se desenrola o processo de relação de ajuda (Lopes, 2006).

De uma forma muito breve, Phaneuf (2002) identifica quatro fases da entrevista, sendo estas: preparação, orientação, exploração e conclusão.

A fase de preparação corresponde a uma recolhe de informação prévia sobre o indivíduo alvo de cuidados, começando a predelinear-se alguns objetivos. Contudo, esta fase pode não ocorrer, devido a questões circunstanciais (Phaneuf, 2002).

Na fase de orientação, ocorre o primeiro contato entre o enfermeiro e o indivíduo alvo de cuidados. Neste momento, o enfermeiro, usando as suas competências, torna-se instrumento terapêutico, procurando a conexão com o outro, de forma a estabelecer uma relação de confiança. Nesta fase, inicia-se a colheita de dados direta, através do contato verbal e da observação (Phaneuf, 2002).

Por sua vez, surge a fase de exploração: nesta fase é onde se desenvolve mais intensamente o processo de intervenção (Phaneuf, 2002).

A partir desta fase, é possível reafirmar objetivos formulados, bem como reajustá-los, de forma a dar resposta às necessidades e conflitualidades experimentadas pelo indivíduo alvo de cuidados (Lopes, 2006; Peplau, 1990). É de frisar a importância da intencionalidade terapêutica da entrevista, não a considerando ‘apenas uma conversa’, mas sim uma ferramenta terapêutica e interventiva, quando bem utilizada (Lopes, 2006; Phaneuf, 2002).

Por sua vez, a fase de conclusão encerra o processo de entrevista. Nesta fase devem ser analisados os objetivos propostos, bem como se foram atingidos. A partir desta etapa pode preparar-se a próxima entrevista, como pode ser o término da relação terapêutica (Phaneuf, 2002).

É importante ter em conta as estratégias de comunicação funcional, referindo a comunicação verbal, é necessário ter em conta a forma de conversação, tendo em atenção a formulação das questões, bem como as respostas obtidas. Por outro lado, é também de ter em conta o processo de escuta e a observação do comportamento não verbal (Phaneuf, 2002).

É de salientar que fatores externos, como o ambiente da sala onde se conduz a entrevista, as cores, os sons exteriores, comprometem, positiva ou negativamente, o decorrer da entrevista. Por outro lado, é de grande importância os fatores internos do enfermeiro, em que o seu grau de autoconhecimento e a forma como compreende os seus sentimentos e emoções no contato com o outro é de extrema importância para o êxito da entrevista (Phaneuf, 2002).

Por sua vez, no que concerne a respeito dos *principais pressupostos de intervenção*, que servem de base aos planos de intervenção, torna-se importante referir que na génese dos estados depressivos, é identificado alterações cognitivas, que direcionam o pensamento, de forma automática e seletiva, sobrevalorizando experiências negativas,

bem como desconsideram, ou até mesmo não identificam, experiências positivas e gratificantes (Beck, 2013).

Neste sentido, a identificação e modificação dos pensamentos automáticos negativos, muitas vezes associados a estruturas de crenças, é a primeira linha de estratégia a ter em conta nos planos de intervenção a traçar, incorporando-se nos planos de intervenção, a preocupação pelas alterações cognitivas referidas, traduzida por intervenções a este nível (Beck, 2013; Stickley & Wright, 2014, Townsend, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

A respeito do fenómeno autocriticismo, torna-se importante referir que estudos realizados na esfera do autocriticismo, associada a estados depressivos, identificaram uma clara correlação positiva entre os elevados níveis de autocriticismo e a sintomatologia depressiva era positiva (Straccamore *et al*, 2017, Dagnino *et al*, 2017).

Contudo, foram identificados resultados pouco satisfatórios na evolução positiva dos estados depressivos, em casos em que o trabalho se desenvolveu apenas sobre as cognições negativas (Castilho 2011; Rector, Bagby, Segal, Joffe & Levitt, 2000).

Por outro lado, foi verificada a redução dos níveis de autocriticismo, através da terapia focada na compaixão, levando a uma resposta emocional positiva e compassiva associada a uma resposta cognitiva, também esta positiva, apresentando melhores resultados na sua conjugação. A partir desta é possível o desenvolvimento da autocompaixão para superação da vergonha e de graves níveis de autocriticismo (Ehert *et al*, 2015; Castilho, 2011; Gilbert *et al*, 2006).

Neste sentido, procurando identificar estratégias que respondam à alteração emocional, associada à resposta cognitiva, identificou-se bons resultados associados a intervenções no âmbito da reestruturação cognitiva, bem como a promoção da autoestima, funcionando também como estratégia motivacional (Maia, Correia & Leite, 2009; Stickley & Wright, 214; Townsend, 2014).

No âmbito da promoção da autoestima, enquanto construto cognitivo e emocional, necessário a uma saúde mental saudável, é uma tarefa complexa, em indivíduos com depressão. Sendo o autoconceito uma componente cognitiva, baseada num dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e opiniões sobre si próprio (Townsend, 2014), é compreensível que também esta visão de si se encontre alterada, devido às alterações cognitivas verificadas nos estados depressivos.

Neste sentido, a autoestima, referindo-se ao grau de consideração e respeito que o indivíduo tem por si próprio, das suas capacidades e julgamentos (Townsend, 2014), é trabalhada em alinhamento com a reestruturação cognitiva, que para além de abordar cognições alteradas sobre o que pensa sobre as situações, também abordará o que pensa sobre si, e da forma como se considera.

Desta forma, a identificação de capacidades e qualidades positivas do indivíduo, desenvolve uma base de sustentação positiva, através da qual o indivíduo se pode motivar sobre o seu valor (Gilbert, 2009).

Por sua vez, a respeito do autocriticismo, este reflete-se nas alterações cognitivas, expressas através de sentimentos de hostilidade, desprezo e repugnância dirigidas a si mesmo, traduzidas em sentimentos de vergonha (Gilbert, 2000; Zuroff *et al.*, 2005; Whelton & Greenberg, 2005). Esta incapacidade de experimentar sentimentos de aceitação e tranquilização, encontra paralelismo nas alterações cognitivas autodirigidas, associada aos estados depressivos (Gilbert, 2000, 2005). Neste sentido, de forma a trabalhar a componente emocional, procura-se desenvolver pensamentos compassivos, como forma de treino, de forma a desenvolver a autocompaixão.

Neste processo, pretende-se o desenvolvimento do ideal de compaixão, centrado no indivíduo e centrado nos que o rodeiam. Desta forma, deve incentivar-se o indivíduo a idealizar a sua imagem de compaixão, e a partir desta personificá-la e objetivá-la, de forma a convocá-la quando se confronta com alterações cognitivas negativas. Procura-se que o indivíduo se visualize a utilizar a autocompaixão com os outros (numa conversa, no contexto profissional) e por outro lado, utilizar a compaixão em si mesmo (sustentando

autoimagens de felicidade, bem como de situações problemáticas, em que consegue sobrepor-se aos problemas, conseguindo resolvê-los ou aceitá-los, sem prejuízo cognitivo ou emocional) (Gilbert & Irons, 2005).

Outro ponto importante diz respeito à psicoeducação, que se caracteriza por um conjunto de intervenções que levam o indivíduo alvo de cuidados identificar e compreender a doença que o atinge, bem como os sintomas associados (Maia, Correia & Leite, 2009).

O enfermeiro, deve demorar-se neste ponto, no sentido de que só com a compreensão do processo de doença, é possível identificar que ‘aquilo que sinto’ é fruto de um sintoma, e não o que se é na realidade. Na esfera dos estados depressivos, este ponto ganha especial relevo, pois a compreensão, por exemplo, de que sentimentos associados a culpa excessiva ou sentimentos de inutilidade, não se relacionam com as competências do indivíduo, mas sim com a experimentação de determinada sintomatologia (Maia, Correia & Leite, 2009; Townsend, 2014).

É importante salientar o ponto da adesão ao regime terapêutico e medicamentoso. Não sendo o enfermeiro responsável pela prescrição de psicofármacos, o enfermeiro deve deter conhecimento sobre esta área, incentivando o indivíduo no cumprimento do regime medicamentoso prescrito, bem como a esclarecer dúvidas, normalmente relacionadas com os efeitos secundários, e por outro lado, estabelecer a ponte com a equipa médica, caso exista alterações importantes, associadas à toma de medicamentos, reforçando, junto do utente, a importância da adesão medicamentosa na estabilização clínica (Townsend, 2014).

Assim, após a identificação e análise dos principais processos interventivos, no âmbito do autocriticismo e autocompaixão associado à vivência de estados depressivos, bem como a revisão bibliográfica realizada sobre estas temáticas, foi identificado, para o projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’ um conjunto de intervenções de enfermagem, de acordo com a Classificação dos resultados de enfermagem NIC

(*Nursing Interventions Classification*) (Bulecheck, Butcher, Dochterman & Wagner, 2013), que visam estabelecer um paralelismo com tais processos interventivos.

A escolha da Classificação dos resultados de enfermagem NIC permite a uniformização no tipo de linguagem, a respeito das intervenções designadas, o que permite a comparação dos resultados obtidos decorrentes.

Para o presente projeto, foram identificadas oito intervenções-chave, através das quais se pretende abordar os sintomas centrais da depressão, procurando a focalização nas alterações cognitivas e emocionais, ressaltando a importância do autocriticismo. A cada uma das intervenções é atribuída um conjunto de atividades de enfermagem correspondentes (descritas no Anexo VII) sendo abordadas de uma forma genérica. Na implementação do presente projeto, as atividades de enfermagem deverão ser selecionadas e adaptadas de acordo com cada indivíduo, tendo em conta as suas competências, sintomatologia e cooperação.

Pode também ser necessário a identificação de intervenções direcionadas a outras necessidades sentidas, ficando ao critério do enfermeiro de referência, desenvolver o projeto terapêutico pessoal do utente, de acordo com tais problemas e necessidades reconhecidas.

Segue-se assim, as intervenções-chave de enfermagem, redigidas de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem NIC (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.):

- Intervenção Autonegligência (Definida pelo *conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceite* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.))

Compreendendo os sintomas de fadiga, lentificação psicomotora, concentração diminuída, sentimentos de desvalorização, entre outras, o indivíduo com diagnóstico de depressão *major* apresenta um prejuízo no autocuidado, sendo necessário o apoio do

enfermeiro para recupere a sua funcionalidade a autonomia (Townsend, 2014, Amaral, 2010)

- Intervenção Baixa Autoestima Situacional (Definida pelo *desenvolvimento da percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.)).

Os sintomas de culpa excessiva e inadequada, sentimentos de desvalorização, pensamentos recorrentes de morte, muitas vezes associado ao sentimento de inferioridade pelo diagnóstico de psicopatologia associado, bem como atitudes estigmatizantes à doença mental, traduzem-se em baixa autoestima (Townsend, 2014). Associando os sentimentos de inferioridade, inadequação e autopunição associados ao autocriticismo (Gilbert, 2004), torna importante a abordagem do desenvolvimento de emoções positivas e de autotranquilização, de forma a responder às cognições e emoções negativas, que geram sentimentos de desvalorização também contribuintes para a diminuição da autoestima.

- Intervenção Desesperança (Definido por *estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.)).

Fazendo referência aos sintomas descritos na intervenção anterior, a desesperança é um estado experimentado no indivíduo com depressão, bem como se relaciona diretamente com o autocriticismo.

- Intervenção Controle do Humor (Definido por *promoção da segurança, estabilização, recuperação e manutenção de um paciente que está passando por humor deprimido de maneira disfuncional* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.))

Com esta intervenção pretende-se dar resposta ao sintoma humor deprimido, salientando-se que este é um o sintoma central dos quadros depressivos (*American Psychiatric Association*, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

- Intervenção Risco de Suicídio (Definido por *risco de lesão autoinfligida que ameaça a vida* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.))

Sendo o suicídio em relação com a depressão, um fenómeno crescente, trágico e irresolúvel, é de extrema importância a valorização dos pensamentos recorrentes de morte. Numa primeira instância, para proteger o indivíduo de si mesmo, e por outro lado, com a finalidade de desenvolver estratégias personalizadas, que permitam a alteração deste processo cognitivo disfuncional. Salienta-se que associado ao risco de suicídio, existe, uma resposta emocional muito intensa e devastadora, que traz grande sofrimento psíquico (American Psychiatric Association, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

- Intervenção Reestruturação Cognitiva (Definido por *desafio ao paciente para alterar padrões de pensamento distorcidos e perceber a si e o mundo de forma mais realista* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.))

Esta intervenção, de carácter bastante complexo, pretende dar resposta aos pensamentos automáticos e distorções cognitivas associadas à depressão, bem como o carácter negativo, do ponto de vista emocional, que também as acompanha (Gilbert, 2004).

- Intervenção Falta de Adesão (Definido por *comportamento da pessoa e/ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção de saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa e o profissional de saúde* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.)).

A adesão terapêutica é um dos pilares principais, que permite o processo de estabilização clínica do indivíduo, e por sua vez, permite a sua recetibilidade às intervenções traçadas, bem como o seu sucesso. O cumprimento correto do regime terapêutico e medicamentoso permite um controlo da sintomatologia, mas eficiente e eficaz (Townsend, 2014, Saraiva & Cerejeira, 2014).

- Intervenção Apoio ao Cuidador (definido por *fornecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por uma pessoa que não seja um profissional de saúde* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.)).

Por sua vez, o apoio ao cuidador informal, é de extrema importância, uma vez que este cuidador, normalmente um membro da família, assume as funções de assistência, a determinado indivíduo que, por diversos motivos, se vê a sua capacidade atingida, necessitando de ajudar de terceiros para realizar as atividades necessárias à sua existência. Contudo, o papel de cuidador informal, é muito exigente, podendo levar à sobrecarga e a problemas físicos e psicológicos de quem cuida. Torna-se importante o acompanhamento do cuidador informal, no sentido de lhe oferecer o cuidado e assistência necessária (Sequeira, 2018).

Definido o papel do enfermeiro no âmbito do presente projeto psicoterapêutico, bem como traçadas as principais intervenções de enfermagem padrão, aborda-se agora as fases de intervenção anteriormente propostas (1ª Fase – 0 a 6 semanas; 2ª Fase – 6 a 12 semanas; 3ª Fase – 12 semanas até remissão/estabilização do quadro psicopatológico).

Procede-se de seguida à descrição dos procedimentos a desenvolver em cada uma das fases de intervenção.

1ª Fase – 0 a 6 semanas:

Esta fase pretende fazer-se corresponder ao período de internamento, neste sentido, numa primeira abordagem, antes de iniciar o processo interventivo definido nas várias fases, poderá ser necessário o executar de um conjunto de estratégias de intervenção na crise (não contempladas no presente projeto).

Tendo o presente projeto o objetivo de prover os indivíduos de ferramentas para lidar com a sua psicopatologia, quando este se encontra num estado de maior estabilidade específica, não deixa de ser importante refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em saúde mental em situações de crise.

Uma vez que tais situações de emergência psiquiátrica, por vezes pautam os primeiros dias de internamento, correspondendo a um período de tempo em que o indivíduo tem o seu funcionamento geral gravemente comprometido, bem como se encontra sem

capacidade para assumir a responsabilidade por si próprio e pelas suas decisões, é um momento crucial, que necessita de respostas especializadas, também elas da responsabilidade do enfermeiro, no seio da equipa multidisciplinar (Townsend, 2014).

Voltando à Fase 1, tendo em conta o iniciar da estabilização clínica do indivíduo, inicia-se o processo de socialização para o tratamento, no qual se realiza a avaliação inicial. Nesta fase, estabelece-se o início da relação terapêutica, em que ocorre uma primeira entrevista, definida como entrevista inicial, através da qual se efetiva o contato do indivíduo alvo de cuidados com o enfermeiro que será a sua referência no internamento (Lopes, 2006; Phaneuf, 2002).

É de ressaltar, que numa eventual fase de descompensação clínica, o enfermeiro já terá contactado com o indivíduo alvo de cuidados, contudo, considera-se como início do processo de integração no projeto terapêutico, quando o indivíduo é convidado a entrar nele de forma voluntária. Após compreensão dos seus objetivos, inicia a avaliação inicial específica, na qual o indivíduo é incentivado a identificar as suas necessidades e expetativas, compreendendo o seu papel no processo de cura (Peplau, 1990).

Na avaliação inicial preconizada, pretende-se a realização da avaliação do estado mental, avaliação da sintomatologia depressiva predominante (tendo por base os sintomas descritos no DSM-5) e 1ª aplicação da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização.

Salienta-se a importância de avaliar outros problemas, necessidades, preocupações que irão figurar no plano intervenção do indivíduo, que poderão ser feitos com recurso a outros instrumentos e escalas de avaliação. Todavia, de forma a manter a avaliação inicial objetiva, identifica-se estes três pontos, acima descritos, como fundamentais e necessários em todos os casos que participem neste projeto.

Reforça-se que, na avaliação inicial, já o processo de intervenção terapêutica se inicia, uma vez que através dele, se inicia o delineamento de objetivos, para os quais se irá traçar as intervenções adequadas (Lopes, 2006).

Após a entrevista de admissão, preconiza-se a realização de duas sessões semanais, de duração até 60 minutos, durante o período do internamento, acordado com o indivíduo alvo de cuidados. É importante que o plano de intervenções a estruturar seja do conhecimento da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, pois desta forma é possível o trabalho em prol dos mesmos objetivos, e para além disso receber informações e aportes de outros profissionais de saúde, que tornem o plano mais completo e adaptado às necessidades identificadas.

Salienta-se que as principais intervenções levantadas não são prioridade de nenhuma das fases, antes são abordadas, em todas elas, até a remissão/estabilização da psicopatologia. A complexidade da depressão não permite uma abordagem estruturada, antes pelo contrário, as intervenções de enfermagem interligam-se e são trabalhados de forma conjunta, sem ser perceptível as suas fronteiras.

Aqui também é de referir a importância do conceito de continuidade de cuidados, em que o momento da alta hospitalar deve ser considerado como um momento de transição, no qual se deve manter a presença da equipa multidisciplinar, e não um momento de separação entre o indivíduo alvo de cuidados e os profissionais de saúde.

Sendo o indivíduo alvo de cuidados, bem como a sua família/cuidador informal, personagens fulcrais no sucesso da continuidade dos cuidados e consequente processo de cura ou estabilização, o momento da alta, como momento de transição, deve ser um momento decisivo, em que o acompanhamento da equipa de enfermagem/multidimensional, deve manter o seu papel ativo no apoio e no planeamento de intervenções, considerando contudo, apenas uma ‘mudança do cenário’ de intervenção (Petronilho, 2007).

Ainda nesta 1ª fase, é importante explorar a dinâmica do grupo terapêutico, em que preconizando uma sessão de grupo por semana, se pretende abordar temáticas como a vivência da depressão, a representação positiva dos indivíduos e definição e comprometimentos com objetivos de vida. O enfermeiro deverá liderar o grupo em torno do tema selecionado, fomentando a expressão dos indivíduos, bem como o fomentar de

interações, que poderão trazer conteúdos motivacionais e de compreensão importantes. É também importante abordar o grupo, no sentido de identificar pontos de interesse a explorar nestas sessões, comprometendo-os e tornando-os partes ativas no seu processo de cura.

Para finalizar a 1ª fase, desenvolve-se o processo de preparação para a alta. Neste ponto, o enfermeiro que irá assumir o processo de gestão de caso, na comunidade, reúne-se com o enfermeiro de referência do internamento, bem como com o utente (e família, se necessário). Desta forma, o enfermeiro gestor de caso inteira-se da evolução do utente, bem como a forma como o processo terapêutico foi conduzido, de forma a dar-lhe continuidade. Reavalia-se a necessidade de reencaminhar o utente e/ou família para estruturas específicas, como a terapia familiar ou o serviço social. Aqui preconiza-se três reuniões, contudo este número é variável consoante a complexidade do caso.

Particularizando para o autocriticismo, no período de preparação da alta, deve proceder-se a uma nova aplicação da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, que em conjunto com a evolução sintomatológica do indivíduo, permite avaliar o caminho percorrido, e por outro lado, identificar um conjunto de informação, que serve como base de atuação para o enfermeiro gestor de caso.

No momento da alta, é estabelecida o fim da relação entre o indivíduo alvo de cuidados e o enfermeiro de referência no internamento. Contudo, já a relação terapêutica entre o indivíduo alvo de cuidados e o enfermeiro gestor de caso se encontra consolidada, através do processo interventivo, desenvolvido na parte final do internamento.

- 2ª Fase – 6 a 12 semanas

Na 2ª fase, o enfermeiro gestor de caso deverá preconizar uma visita semanal, por parte da equipa multidisciplinar, promovendo ainda intervenções de enfermagem, alinhadas com o progresso desenvolvido no internamento, bem como os novos objetivos identificados.

Mantém-se importante a monitorização da sintomatologia depressiva, dando ênfase a eventuais alterações cognitivas, bem como o reforçar da importância do regime medicamentoso e da sua adesão. É também de referir que poderá ser necessário reencaminhar novamente o indivíduo alvo de cuidados para internamento. Neste sentido, o indivíduo alvo de cuidados iniciará novamente o processo descrito para o contexto de internamento.

Nesta fase é importante avaliar a dinâmica familiar, compreendendo a necessidade de eventual encaminhamento para a terapia familiar, por necessidades ou dificuldades que possam surgir no período pós-alta. Por outro lado, na ausência de familiares ou outros elementos de suporte informais, torna-se importante equacionar a necessidade de um apoio mais frequente, tanto da parte do enfermeiro gestor de caso e a sua equipa, bem como o reencaminhamento para outras estruturas.

O enfermeiro gestor de caso deve estar desperto para todas as eventuais necessidades que possam surgir, procurando o reencaminhamento para as estruturas adequadas, procurando defender os interesses do indivíduo alvo de cuidados.

Por outro lado, no contexto de domicílio, a frequência de um grupo de autoajuda, constitui uma mais valia, contribuindo como um fator de motivação e promoção da autoestima e também o quebrar do isolamento, sentimentos de inutilidade e falta de pertença, que muitas vezes caracterizam o indivíduo com diagnóstico de depressão.

No final da 2ª fase preconiza-se uma nova avaliação através da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, bem como a sintomatologia e outros fatores importantes para o tratamento do indivíduo.

- 3ª Fase – 12 semanas até remissão/estabilização do quadro psicopatológico.

Nesta fase, o enfermeiro gestor de caso, começa a espaçar as visitas domiciliárias, propondo uma frequência quinzenal ou mensal. O seu papel remete-se para a supervisão do caso, fomentando a autonomia do indivíduo.

Compreendendo o estado do indivíduo, e tendo como objetivo a reintegração e inclusão do indivíduo na sociedade, convoca-se o indivíduo para comparecer na consulta, abandonado o regime de visitação domiciliária, no sentido de que este desenvolva comportamentos e atitudes de proatividade e de decisão. Procura-se que o indivíduo consiga pedir ajuda caso tenha uma recaída.

Com a equipa multidisciplinar, procura-se soluções sociais e profissionais para o indivíduo alvo de cuidados, que poderão passar pela manutenção ou procura de um emprego, pelo apoio de estruturas como os centros dia, bem como o fortalecimento do apoio ao cuidador informal, caso ocorra esta situação.

Conseguindo-se a remissão/estabilização clínica, e após reavaliação do processo de gestão de caso, é-se confrontado com um acompanhamento espaçado no tempo ou com o fim da relação terapêutica.

2.5. ETAPA IMPLEMENTAÇÃO

A etapa de implementação caracteriza-se pelo passar ‘à prática’ o presente projeto desenvolvido na etapa do planeamento. Esta etapa permite dar corpo aos objetivos e intervenções planeadas, através das quais se obterá um conjunto de resultados, que serão posteriormente sujeitos a análise.

2.5.1. Implementação do projeto psicoterapêutico

A implementação do projeto terapêutico só é possível através da equipa multidisciplinar, bem como através de uma correta articulação entre as várias estruturas de resposta.

Por sua vez, a implementação deste projeto, apresentado de uma forma genérica, deve ser adaptado à realidade de cada pessoa que nele participa.

A individualidade de cada um, é também composta pelos seus tempos de resposta ao que é solicitado, bem como até a ausência de resposta. Desta forma, a implementação das várias fases do projeto é alterável consoante as necessidades de cada um dos indivíduos alvos de cuidado (Townsend, 2014; Lopes, 2006, Peplau, 1990).

Por outro lado, reforça-se que as intervenções sugeridas são abordadas de forma generalista, pois a sua especificidade será desenvolvida caso a caso, pelo enfermeiro que ponha em prática este projeto.

Salienta-se ainda que tais intervenções se interligam e são realizadas, na medida, em que no contexto da entrevista exista a cooperação do utente para que tal seja feito. Assim, na relação do enfermeiro-indivíduo alvo de cuidados, durante o processo terapêutico, não é possível o estabelecer de uma sequência estanque no que concerne às intervenções, convocando o enfermeiro ao seu potencial de adaptação e assertividade, para conseguir identificar os momentos certos e utilizá-los com uma finalidade terapêutica.

2.6. ETAPA AVALIAÇÃO

Por fim, surge a etapa de avaliação. Neste ponto, pretende-se abordar a avaliação dos resultados obtidos e por outro lado, a avaliação da implementação do projeto psicoterapêutico.

2.6.1. Avaliação dos resultados do projeto psicoterapêutico

A avaliação dos resultados do projeto terapêutico, considerando os resultados como a evolução no estado dos indivíduos alvo de cuidados, estabeleceu-se os seguintes indicadores de resultado, bem como os resultados esperados, respeitantes aos indivíduos participantes no projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’.

1. *Níveis de níveis de autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’)*

Resultado esperado: Diminuição dos níveis de autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’)

Instrumento de medida: Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (Castilho & Gouveia, 2011)

2. *Níveis de autocompaixão (na sua forma de ‘eu tranquilizador’)*

Resultado esperado: Aumento dos níveis de autocompaixão (na sua forma de ‘eu tranquilizador’)

Instrumento de medida: Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (Castilho & Gouveia, 2011)

3. *Número de sintomas depressivos*

Resultado esperado: Diminuição do número de sintomas depressivos

Instrumento de medida: Estabelecer comparativamente o quadro sintomatológico inicial e quadro sintomatológico final.

4. *Número de reinternamentos dos indivíduos com perturbação depressiva major participantes no projeto psicoterapêutico*

Resultado esperado: Diminuição do número de reinternamentos dos indivíduos com perturbação depressiva major.

Instrumento de medida: através da requisição/consulta de dados de internamento estabelecendo comparativamente o número de internamentos existentes antes e depois da participação no projeto em período a definir (por exemplo: avaliação do número de internamentos 3 anos antes do projeto, avaliando depois nos próximos 3 anos).

5. Número de processos de reintegração social e profissional dos indivíduos com perturbação depressiva major em participantes do projeto psicoterapêutico.

Resultado esperado: percentagem de processos de reintegração social e profissional dos indivíduos com perturbação depressiva major participantes no projeto psicoterapêutico desenvolvidos com sucesso superior a zero.

Instrumento de medida:

$$\left(\frac{n.^{\circ} \text{ de processos de reintegração} - n.^{\circ} \text{ processos de reintegração sem sucesso}}{n.^{\circ} \text{ de processos de reintegração}} \right) \times 100$$

6. Satisfação dos indivíduos participantes no projeto psicoterapêutico.

Instrumento de medida: Através de Questionário de Avaliação de Satisfação (Anexo VIII)

7. Adesão ao projeto psicoterapêutico nas suas várias fases.

Resultado esperado: o número de indivíduos que participe no processo seja mesmo número de indivíduos que se mantenham no projeto no pós-alta, e por sua vez que seja o mesmo número na fase de conclusão do projeto.

Instrumento de avaliação: identificação da participação dos indivíduos nos três momentos acima definidos.

É de referir que, apesar da agregação dos dados, de forma a constituir um valor de avaliação da utilidade do projeto, é ainda mais importante a avaliação individual de cada um dos indivíduos participantes.

Salienta-se que é esperado respostas diferentes de cada um dos participantes do projeto, de modo que poderá ser necessário proceder a ajustes individualizados.

É de referir, que na possibilidade de replicação do projeto psicoterapêutico para outros internamentos, foi construído um guião do projeto, que detém as linhas orientadores necessárias, para que tal replicação possa ocorrer (Anexo IX).

A experiência de vida de cada indivíduo, a respeito das variáveis externas a que está exposto, encontram interpretação com a subjetividade interna de cada um, o que leva a uma organização da relação com o mundo e consigo mesmo, incluindo, os processos de doença, também por esta dinâmica influenciados (Watson, 2002).

2.6.2. Avaliação da implementação do projeto terapêutico

Como principal finalidade, a concetualização do presente projeto, pretende ser um contributo para a disciplina de Enfermagem, não no sentido único da sua representação enquanto trabalho académico, mobilizador de conhecimentos, mas principalmente como uma resposta às complexas necessidades e expetativas vividas pelo indivíduo com diagnóstico de depressão.

A compreensão do fenómeno depressivo, incorporando o fenómeno do autocriticismo, acrescenta (ainda mais) complexidade a esta patologia, bem como a posição do enfermeiro de referência e o enfermeiro enquanto gestor de caso, permite uma abordagem ampla e privilegiada sobre a questão.

A avaliação da implementação deste projeto pode espelhar-se pelos indicadores de resultados acima descritos, bem como também sugestões e críticas que poderão ser recolhidas durante a implementação do projeto.

De forma a constituir validade ao presente projeto, torna-se também importante, no momento em este for posto em prática, recolher dados que venham a constituir indicadores de estrutura, identificando-se o número de horas de cuidados de enfermagem afetas ao programa, identificação de custos, bem como a satisfação dos enfermeiros, na forma de sugestões e outros aportes, no sentido de fortalecer posteriores implementações.

É de referir que o planeamento das intervenções definidas, no âmbito do planeamento do projeto psicoterapêutico foram desenvolvidos no contexto prático de estágio, estando disponíveis no presente trabalho (Anexo X).

PARTE III – IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PLANEADAS NO ÂMBITO PROJETO PSICOTERAPÊUTICO ‘DA DEPRESSÃO À AUTOCOMPAIXÃO’

“Todos os homens, por natureza, desejam conhecer” (Aristóteles, 1965 como citado em Nunes, 2011)

3.1. FUNDAMENTAÇÃO, OBJETIVOS E METODOLOGIA GERAL

No decorrer do estágio final, no âmbito do Mestrado Integrado e Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como o desenvolvimento teórico do

projeto psicoterapêutico ‘*Da Depressão à Autocompaixão*’, permitiu-me um contato privilegiado com vários indivíduos com doença mental, no serviço de internamento.

A partir das condições de estágio e a recolha bibliográfica de aportes para a fundamentação do presente trabalho, foi proposto ‘percorrer o caminho’ definido do projeto psicoterapêutico ‘*Da Depressão à Autocompaixão*’.

Neste sentido, foi realizado um pedido formal à direção de administração e comissão de ética, correspondente ao serviço de internamento onde foi realizado o estágio (Anexo XI) a apresentação do projeto a realizar, bem como a intenção de colheita de dados para análise. Tendo um parecer positivo (Anexo XII) procedeu-se à recolha de dados, de acordo com o definido no pedido de investigação.

Salienta-se que o guião de entrevista padrão também foi submetido à apreciação da direção de administração e comissão de ética (Anexo III). Por outro lado, foi utilizado para colheita de dados o instrumento *Forms of Self- Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (Gilbert *et al*, 2004) na sua versão portuguesa, Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, e validada para esta população (Castilho & Gouveia, 2011) (Anexo IV) tendo sido formalizada o pedido de utilização, apresentando-se em anexo (Anexo V) a autorização respetiva.

Foi também realizado um modelo de consentimento informado (Anexo XIII) para cada um dos indivíduos participantes, frisando a sua livre participação, bem como o objetivo pretendido com as respostas recolhidas, tanto a nível dos questionários, como nas entrevistas.

Salienta-se o cumprimento de todos os critérios éticos e deontológicos, que atestam a seriedade do procedimento, e como, e não menos importante, salvaguardam a confidencialidade e privacidade de todos aqueles que aceitaram colaborar, salientando a disponibilidade e generosidade destas pessoas, mesmo em situação de doença.

É de referir que, no presente trabalho, foi também considerado a salvaguarda do serviço de internamento em questão, bem como os profissionais que contribuíram para o meu processo formativo, de forma a reconfirmar a confidencialidade e privacidade dos utentes que colaboraram neste trabalho. Neste sentido, foi tida em conta a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013).

Salienta-se que a parte III do presente trabalho, não pretende a validação do projeto terapêutico, bem como apenas são contemplados dados recolhidos em contexto de internamento, que ao serem recolhidos no âmbito dos diversos planos de intervenções individuais traçados, permitiu a avaliação dos mesmos (Anexo X).

Neste sentido, é de referir que, em contexto prático, foram realizadas as intervenções traçadas no ponto 2.4.5. Planeamento das Intervenções Psicoterapêuticas e a sua organização, pertencente à parte II, do presente trabalho, anteriormente explanado, cuja as intervenções-chave foram adotadas para a construção de planos individuais realizados.

Ressalta-se que não foram realizadas as intervenções traçadas para o pós-alta, descritas no projeto psicoterapêutico pois, por questões temporais, não foi possível o acompanhamento dos utentes em contexto de domicílio, como já foi referido.

Desta forma, a amostra em análise, foi selecionada de forma não probabilística, em que a seleção foi realizada por conveniência. Apesar de tal procedimento comprometer a real representação da população, e apenas representar a amostra em si, pode identificar aspetos gerais, focalizando pontos de discussão importantes, ainda que sem grande valor científico (Fortin, 2003; Quivy & Campenhoudt, 1995).

A recolha de dados foi realizada em contexto de internamento, após estabilização clínica dos indivíduos. O preenchimento do instrumento Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização validada para esta população (Castilho & Gouveia, 2011), foi feito de forma autónoma, tendo sido feito, antes do contato com a escala, uma breve explicação sobre o objetivo dos dados e sobre a temática. Por sua vez, através da entrevista foram recolhidos dados sociodemográficos, bem como a sintomatologia

depressiva existente. Foi utilizado como referencial os sintomas definidos pelo DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2014). Desta forma, foram avaliados a existência dos seguintes sintomas: i) humor deprimido, ii) perda acentuada de interesse ou prazer, iii) perda/ganho de peso, iv) insónia/hipersónia, v) agitação psicomotora vi) lentificação psicomotora, vii) fadiga/perda de energia, viii) sentimentos de inutilidade, ix) culpa excessiva/inapropriada, x) capacidade de concentração diminuída, xi) capacidade diminuída de pensar xii) alteração da funcionalidade social/familiar e xiii) pensamentos recorrentes de morte (*American Psychiatric Association*, 2014).

Salienta-se que o instrumento Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização validada para esta população (Castilho & Gouveia, 2011), apresenta-se em anexo (Anexo IV).

É de referir que no presente estudo foram realizadas duas avaliações em tempos diferentes, referentes aos níveis de autocriticismo e autocompaixão, bem como a sintomatologia depressiva existente. A primeira avaliação foi realizada no início do internamento, após estabilização clínica, e a segunda avaliação foi feita nos dias em que já estaria a data da alta clínica preconizada.

Os dados foram recolhidos entre dezembro de 2018 (especificamente a partir de 12/12/2018 após aprovação do presente estudo pela comissão de ética) e janeiro de 2019.

Para tratamento dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* Versão 23.

Desta forma, para a presente análise de dados, foram identificados os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivos Gerais:

I. Compreender a relação entre os níveis de autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’) e autocompaixão e os sintomas depressivos.

II. Explorar o papel significativo do autocriticismo e autocompaixão na perturbação depressiva major, para que este fenómeno seja reconfirmado e considerado no planeamento de intervenções, concretizando-se como uma mais valia nas respostas de saúde mental a esta patologia.

Objetivos Específicos:

I. Caraterizar os níveis de autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’) em indivíduos com perturbação depressiva major.

II. Caraterizar os níveis de autocompaixão (na sua forma ‘eu tranquilizador’ em indivíduos com perturbação depressiva major.

III. Identificar correlações predominantes entre os níveis de autocriticismo e autocompaixão com sintomatologia depressiva específica e dados sociodemográficos.

IV. Identificar correlações entre as duas avaliações dos níveis de autocriticismo e autocompaixão após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico

V. Identificar correlações entre as avaliações da sintomatologia depressiva e os níveis de autocriticismo e autocompaixão após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico.

Hipóteses de Investigação:

Hipótese I. Existe maior nível de autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’) em indivíduos com perturbação depressiva major.

Hipótese II. Existe menor nível de autocompaixão (eu tranquilizador) em indivíduos com perturbação depressiva major.

Hipótese III: Existe diminuição dos níveis do autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’) após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico.

Hipótese IV: Existe aumento dos níveis do autocompaixão (eu tranquilizador) após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico.

Hipótese V: Existe diminuição da sintomatologia depressiva após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico.

3.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A presente análise de dados é de carater quantitativo, uma vez que os dados recolhidos são traduzidos de forma numérica (Fortin, 2003) e correlacional, pois pretende-se o estudo das eventuais relações que possam existir entre as demais variáveis analisadas (Fortin, 2003). Uma vez que existe duas avaliações no tempo, à mesma amostra, considera-se o caráter longitudinal da análise dos dados (Fortin, 2003).

Considerando a população como todos os elementos que compõem o grupo que se irá estudar, e tendo em conta a sua grande dimensão, recorre-se à seleção de uma amostra, através da qual se pretende aceder às caraterísticas da população (Fortin, 2003).

Para tratamento dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* Versão 23 e o programa Excel Microsoft Office, como já foi referido.

3.3. CARATERIZAÇÃO E CORRELAÇÕES DOS RESULTADOS

A amostra de conveniência em análise é composta por **14 indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major**, em regime de internamento num Hospital do

Alentejo. A tabela seguinte (Tabela 2) mostra as caraterísticas sociodemográficas identificadas na amostra em estudo.

Tabela 2
Caraterização Sociodemográfica da Amostra

		N	%
SEXO	Feminino	10	71,4
	Masculino	4	28,6
ESTADO CIVIL	Casado	8	57,1
	Divorciado	4	28,6
	Solteiro	2	14,3
AGREGADO FAMILIAR (TIPO DE FAMÍLIA)	Família Alargada	12	85,7
	Família Unitária	2	14,3
OCUPAÇÃO	Desempregado	5	35,7
	Doméstica	3	21,4
	Empregado	4	28,6
	Reformado	2	14,3
ESCOLARIDADE	Ensino básico	2	64,3
	Secundário	3	21,4
	Licenciatura	2	14,3

Na presente amostra identifica-se 10 elementos do sexo feminino (71,4%) e 4 elementos do sexo masculino (28,6%). A respeito do estado civil, identifica-se que 14,3% dos indivíduos são solteiros, 57,1% encontram-se casados e 28,6% divorciados. Por sua vez, 85,7 % da amostra indicam pertencer a uma família alargada, sendo de 14,3% correspondem a uma família unitária. A respeito do nível de escolaridade, 64,3% concluíram o ensino básico, 21,4% o ensino secundário e 14,3% concluíram uma licenciatura no ensino superior. Também se identifica que 35, 7% dos indivíduos se encontra em situação de desemprego e 14,3% encontram-se reformados.

Na Tabela 3, identifica-se os valores mínimo e máximo, média, moda e desvio padrão associados a dimensão quantitativa idade:

Tabela 3

Descrição da amostra na dimensão 'Idade'.

	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	MODA	DESVIO PADRÃO
IDADE	49,36	28	67	61	11,65

Por sua vez, a distribuição da dimensão 'Idade', em intervalos, é expressa na Tabela 4.

Tabela 4

Distribuição da dimensão 'Idade' em intervalo, expresso em anos

INTERVALO IDADE	NÚMERO TOTAL	%
20 – 30 (ANOS)	1	7,1
30 – 40 (ANOS)	2	14,2
40 – 50 (ANOS)	2	14,2
50 – 60 (ANOS)	6	42,6
60 – 70 (ANOS)	3	21,3

Desta forma, identifica-se que a amostra tem uma representatividade de 42, 3% de indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 60 anos. Por sua vez, 7,1% dos indivíduos têm idades compreendidas entre os 20 e 30 anos.

Entrando no campo da psicopatologia, e de forma a compreender o contexto de desenvolvimento dos quadros depressivos, foi identificado a existência de internamentos anteriores, bem como a existência de outras psicopatologia associadas.

Desta forma, na Tabela 5 identifica-se a existência de internamentos anteriores pelo diagnóstico de perturbação depressiva major:

Tabela 5

Internamentos anteriores

		N	%
INTERNAMENTOS ANTERIORES	sim	8	57,1
	não	6	42,9

Identifica-se uma 57,1% de indivíduos com internamentos anteriores e 42,9% em que o contexto de colheita de dados correspondia ao primeiro internamento.

Por sua vez, na Tabela 6, identifica-se a existência ou não de comorbilidade psicopatológica na amostra em estudo.

Tabela 6

Comorbilidade psicopatológica

COMORBILIDADE	NÚMERO TOTAL	%
NÃO	12	85,7
SIM (ALCOOLISMO)	2	14,3

Identifica-se 14,3% dos indivíduos com outra psicopatologia associada; identificada o alcoolismo como psicopatologia associada em todos os casos em que existia comorbilidade psicopatológica.

Por sua vez, a tabela seguinte (tabela 6) expressa a análise feita ao número de dias de internamento.

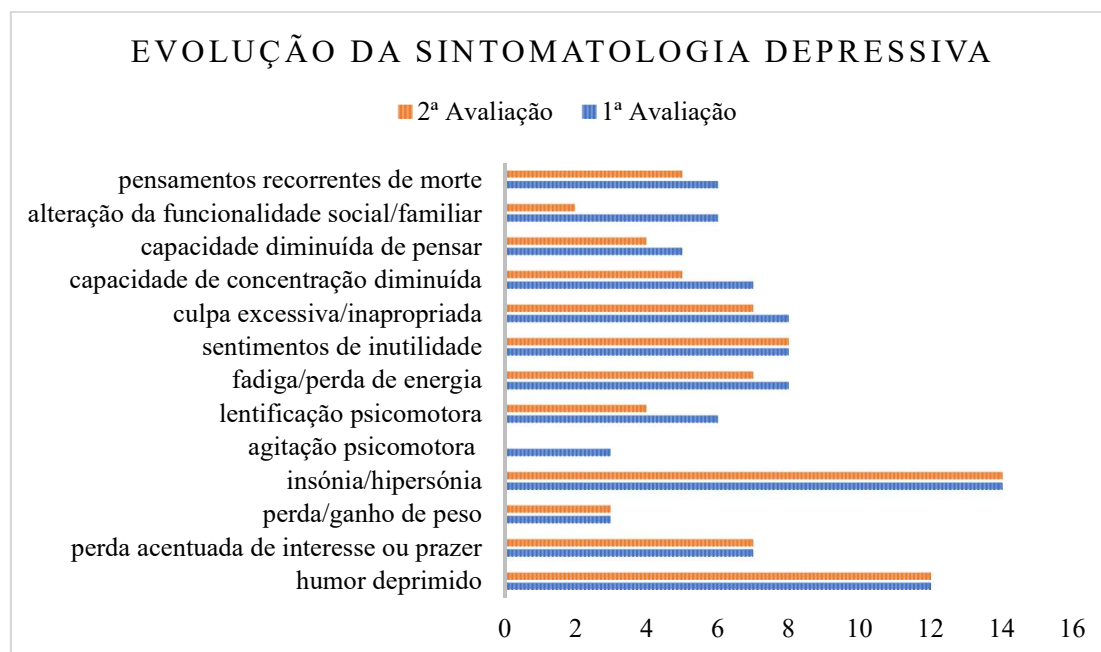
Tabela 7

Tempo de internamento

	N	MÍN	MÁX	M	DP
TEMPO DE INTERNAMENTO (DIAS)	14	6	62	28,93	16,37

No gráfico seguinte (gráfico 1), encontra-se expresso a evolução da sintomatologia depressiva existente na 1ª e 2ª avaliação.

Gráfico 1
Evolução da Sintomatologia (1ª e 2ª avaliação).



A tabela seguinte (tabela 8), diz respeito também à sintomatologia, os valores obtidos nas duas avaliações:

Tabela 8
Sintomatologia Presente (1ª e 2ª avaliação)

SINTOMATOLOGIA PRESENTE	1ª AVAL. (N)	1ª AVAL. (%)	2ª AVAL. (N)	2ª AVAL. (%)
Humor deprimido	12	85,7	12	78,6
Perda acentuada de interesse ou prazer	7	50	7	42,9
Perda/ganho de peso	3	21,4	3	21,4
Insónia/hipersónia	14	100	14	92,9
Agitação psicomotora	3	21,4	0	0
Lentificação psicomotora	6	42,9	4	21,4
Fadiga/perda de energia	8	57,1	7	42,9
Sentimentos de inutilidade	8	50	8	50
Culpa excessiva/inapropriada	8	57,1	7	50
Capacidade de concentração diminuída	7	50	5	28,6
Capacidade diminuída de pensar	5	35,7	4	21,4
Alteração da funcionalidade social/familiar	6	42,9	2	21,4

Pensamentos recorrentes de morte	6	42,9	5	7,1
----------------------------------	---	------	---	-----

Nesta tabela, observa-se que a sintomatologia presente diminuiu na segunda avaliação à exceção do sintoma ‘sentimentos de inutilidade’, que manteve o mesmo valor nas duas avaliações. Por sua vez, nos resultados obtidos na 2ª avaliação, no momento da alta clínica, foi avaliado na sintomatologia depressiva, o número de sintomas que estariam em remissão completa, identificados na Tabela 9.

Tabela 9

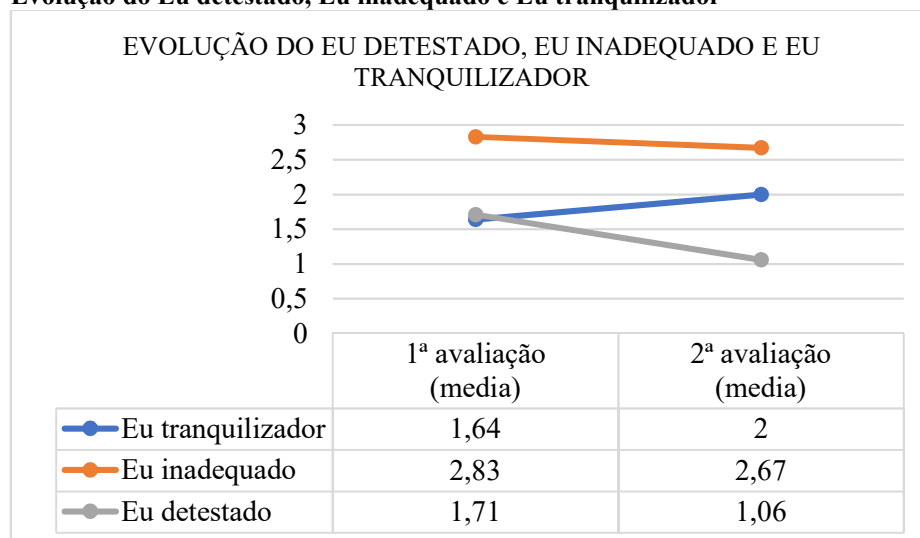
Número de sintomas em remissão completa no momento da alta clínica.

NÚMERO DE SINTOMAS EM REMISSÃO COMPLETA	NÚMERO TOTAL	%
0	4	28,6
1	5	35,7
2	4	28,6
3	-	-
4	1	7,1

Por sua vez, a respeito dos níveis do autocriticismo e das suas formas eu inadequado e eu detestado, e também o eu tranquilizador, avaliados pela escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, segue-se o seguinte gráfico (gráfico 2):

Gráfico 2

Evolução do Eu detestado, Eu inadequado e Eu tranquilizador

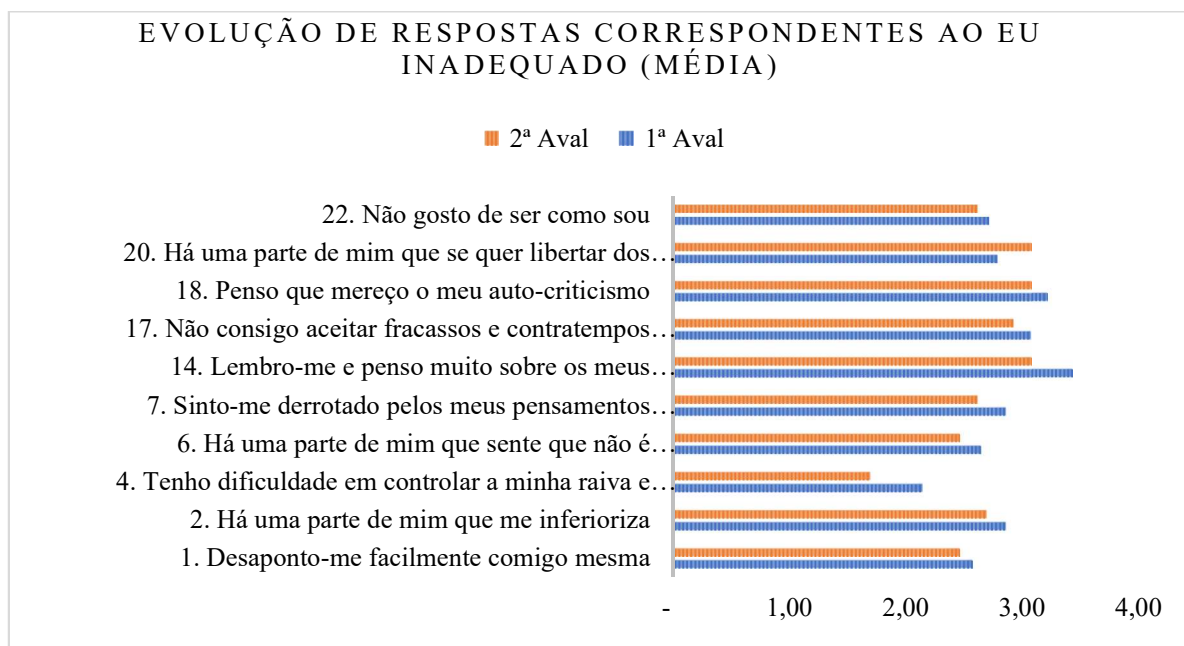


Na análise do gráfico, identifica-se uma diminuição do eu inadequado e do eu detestado, e por outro lado um aumento do eu tranquilizador da primeira para a segunda avaliação.

Por sua vez, a respeito do eu inadequado, este diminuiu os seus valores em todas as questões correspondentes, à exceção da questão 20. *Há uma parte de mim que se quer libertar dos aspetos que não gosta*, como se pode observar no gráfico 3.

Gráfico 3

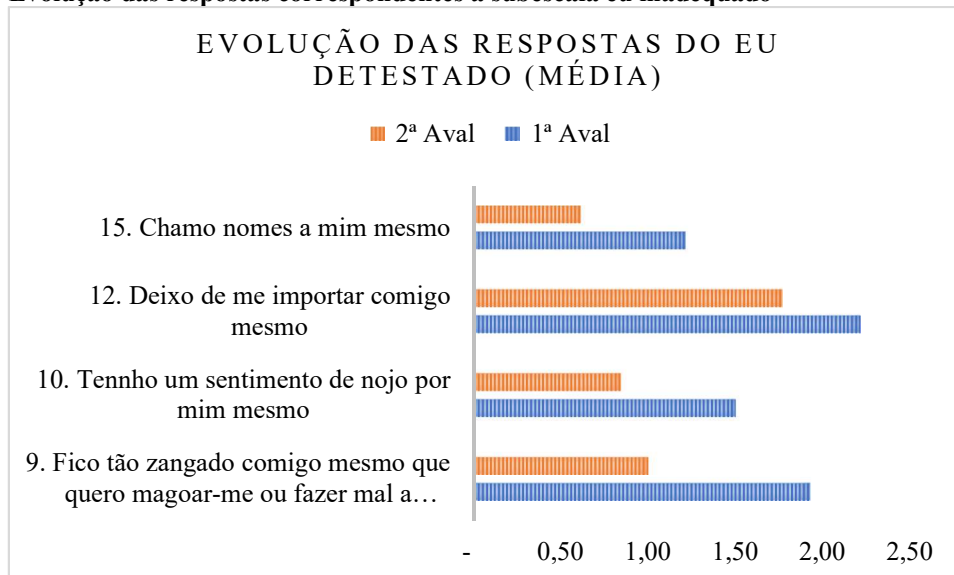
Evolução das respostas correspondentes à subescala eu inadequado



A respeito do eu detestado, este diminuiu os seus valores em todas as questões correspondentes, como se pode observar no gráfico 4.

Gráfico 4

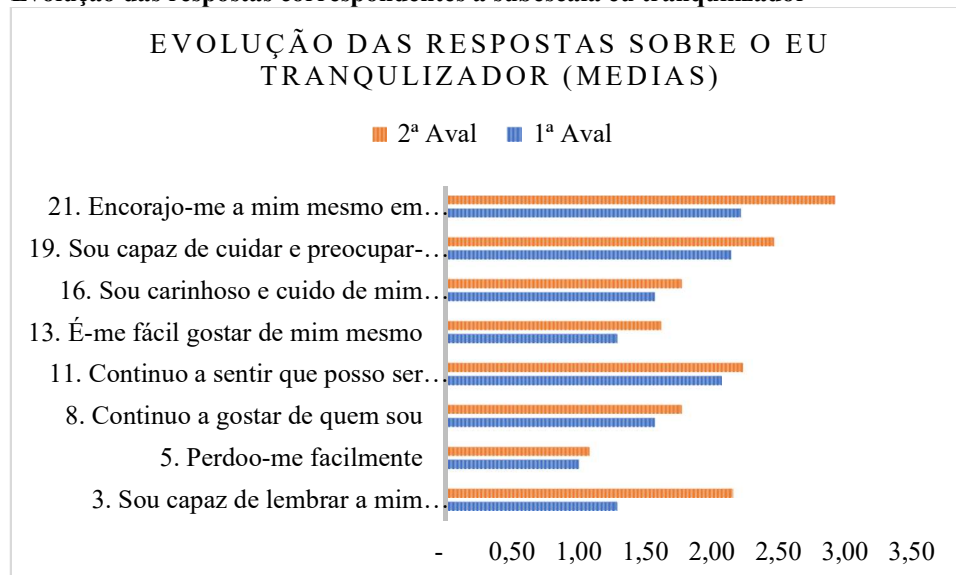
Evolução das respostas correspondentes à subescala eu inadequado



A respeito do eu tranquilizador, este aumentou os seus valores em todas as questões correspondentes, como se pode observar no gráfico 5.

Gráfico 5

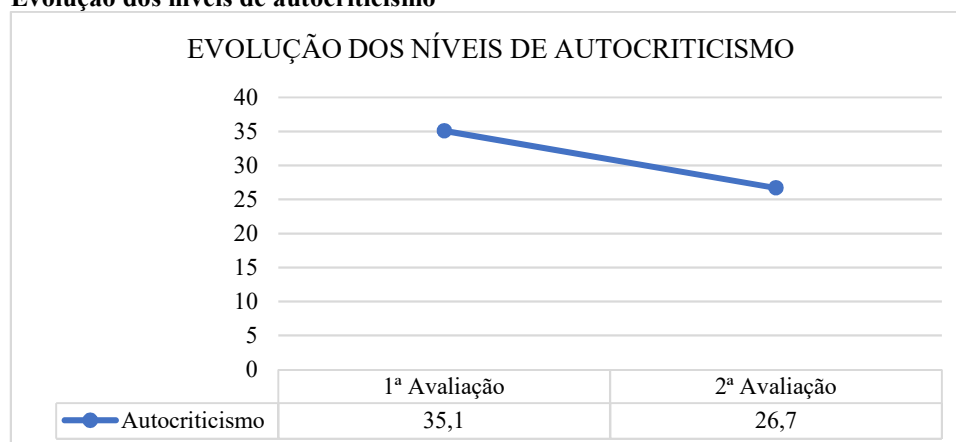
Evolução das respostas correspondentes à subescala eu tranquilizador



Em relação à evolução dos graus de autocriticismo (como resultado da soma total das respostas das subescalas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’) verifica-se um decréscimo do seu valor na 2ª avaliação, como se pode observar no gráfico 6.

Gráfico 6

Evolução dos níveis de autocriticismo



Por sua vez, no sentido de dar resposta às hipóteses traçadas, foram estabelecidas correlações seguidamente descritas, através das funções Análise da variância (ANOVA) de Regressão, coeficiente de correlação de Pearson e Teste de duas amostras relacionadas wilcoxon.

Para a *Hipótese I. Existe maior nível de autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’) em indivíduos com perturbação depressiva major*, expressa na tabela 10:

Tabela 10
Identificação de Correlação entre o eu detestado e o eu inadequado e os sintomas depressivos (na 1ª e 2ª avaliação).

		TOTAL SINTOMAS DEPRESSIVOS (1)	TOTAL SINTOMAS DEPRESSIVOS (2)
EU INADEQUADO (1)	<i>p</i>	-0,08	
	Sig.	0,79	
	n	14	
EU DETESTADO (1)	<i>p</i>	0,19	
	Sig.	0,53	
	n	14	
EU INADEQUADO (2)	<i>p</i>		0,28
	Sig.		0,35
	n		13
EU DETESTADO (2)	<i>p</i>		0,27
	Sig.		0,37
	n		13

Não se verificam resultados estatisticamente significativos, uma vez que eu todos os resultados apresentados sig.> 0.05. Identifica-se que a correlação entre o autocriticismo, nas suas formas de eu inadequado e eu detestado, não é cientificamente significativa na presente amostra, nas duas avaliações realizadas.

Para a *Hipótese II. Existe menor nível de autocompaixão em indivíduos com perturbação depressiva major*, expressa na tabela 11:

Tabela 11
Identificação de Correlação entre o eu tranquilizador e os sintomas depressivos (na 1ª e 2ª avaliação).

		TOTAL SINTOMAS DEPRESSIVOS (1)	TOTAL SINTOMAS DEPRESSIVOS (2)
EU TRANQUILIZADOR (1)	<i>p</i>	-0,10	
	Sig.	0,74	
	N	14	
EU TRANQUILIZADOR (2)	<i>p</i>		-0,34
	Sig.		0,26
	N		13

Não se verificam resultados estatisticamente significativos, uma vez que eu todos os resultados apresentados sig.> 0.05. Identifica-se que a correlação entre o nível de autocompaixão, na forma de eu tranquilizador, não é cientificamente significativa na presente amostra, nas duas avaliações realizadas.

Para a *Hipótese III: Existe diminuição dos níveis do autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’) após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico*, expressas nas tabelas 12 e 13:

Tabela 12

Teste de Wilcoxon referente ao eu inadequado e eu detestado

Eu inadequado		n	Mean Rank	Sum of Ranks
Eu inadequado	Desaponto-me facilmente comigo mesma	Negative Ranks	2	1,50
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	11	
	Há uma parte de mim que me inferioriza	Negative Ranks	2	1,50
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	11	
	Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesma	Negative Ranks	4	2,50
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	9	
	Há uma parte de mim que sente que não é suficientemente boa	Negative Ranks	4	2,50
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	9	
	Sinto-me derrotado pelos meus pensamentos auto-críticos	Negative Ranks	4	2,50
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	9	
	Lembro-me e penso muito sobre os meus fracassos	Negative Ranks	6	4,00
		Positive Ranks	1	4,00
		Ties	6	
	Não consigo aceitar fracassos e contratempos sem me sentir inadequado	Negative Ranks	4	3,00
		Positive Ranks	1	3,00
		Ties	8	
	Penso que mereço o meu autocriticismo	Negative Ranks	4	3,00
		Positive Ranks	1	3,00
		Ties	8	
	Há uma parte de mim que se quer libertar dos aspetos de que não gosta	Negative Ranks	1	3,00
		Positive Ranks	4	3,00
		Ties	8	
	Não gosto de ser como sou	Negative Ranks	3	3,33
		Positive Ranks	2	2,50
		Ties	8	
eu detestado	Fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo	Negative Ranks	9	5,00
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	4	
	Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo	Negative Ranks	7	4,00
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	6	
	Deixo de me importar comigo mesmo	Negative Ranks	5	3,00
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	8	
	Chamo nomes a mim mesmo	Negative Ranks	7	4,00
		Positive Ranks	0	0,00
		Ties	6	

Tabela 13

Teste Z referente ao eu inadequado e eu detestado

		Z	Sig.
eu inadequado	Desaponto-me facilmente comigo mesma	-1,414	0,16
	Há uma parte de mim que me inferioriza	-1,414	0,16
	Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesma	-1,890	0,06
	Há uma parte de mim que sente que não é suficientemente boa	-2,000	0,05
	Sinto-me derrotado pelos meus pensamentos auto-críticos	-2,000	0,05
	Lembro-me e penso muito sobre os meus fracassos	-1,890	0,06
	Não consigo aceitar fracassos e contratempos sem me sentir inadequado	-1,342	0,18
	Penso que mereço o meu autocriticismo	-1,342	0,18
	Há uma parte de mim que se quer libertar dos aspetos de que não gosta	-1,342	0,18
	Não gosto de ser como sou	-0,707	0,48
eu detestado	Fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo	-2,754	0,01
	Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo	-2,530	0,01
	Deixo de me importar comigo mesmo	-2,121	0,03
	Chamo nomes a mim mesmo	-2,530	0,01

Determina-se que existe diminuição dos níveis do autocriticismo, após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico, ao nível de:

- ‘eu inadequado’, quanto à variável “Sinto-me derrotado pelos meus pensamentos autocríticos”
- ‘eu detestado’, quanto a todas as variáveis que constituem a subescala

Para a *Hipótese IV: Existe aumento dos níveis do autocompaixão após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico* expressas nas tabelas 14 e 15:

Tabela 14
Teste de Wilcoxon referente ao eu tranquilizador

		n	Mean Rank	Sum of Ranks
eu tranquilizador	Sou capaz de lembrar a mim mesmo das minhas coisas positivas	Negative Ranks	0	0,00
		Positive Ranks	10	55,00
		Ties	3	
	Perdoo-me facilmente	Negative Ranks	0	0,00
		Positive Ranks	1	1,00
		Ties	12	
	Continuo a gostar de quem sou	Negative Ranks	1	2,50
		Positive Ranks	3	7,50
		Ties	9	
	Continuo a sentir que posso ser amado e que ainda sou aceitável	Negative Ranks	0	0,00
		Positive Ranks	2	3,00
		Ties	11	
	É-me fácil gostar de mim mesmo	Negative Ranks	0	0,00
		Positive Ranks	4	10,00
		Ties	9	
	Sou carinhoso e cuido de mim mesmo	Negative Ranks	0	0,00
		Positive Ranks	2	3,00
		Ties	11	
	Sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo	Negative Ranks	0	0,00
		Positive Ranks	4	10,00
		Ties	9	
	Encorajo-me a mim mesmo em relação ao futuro	Negative Ranks	0	0,00
		Positive Ranks	6	21,00
		Ties	7	

Tabela 15
Teste Z referente ao eu tranquilizador

	Z	Sig.
Sou capaz de lembrar a mim mesmo das minhas coisas positivas	-3,051	0,00
Perdoo-me facilmente	-1	0,32
Continuo a gostar de quem sou	-1	0,32
Continuo a sentir que posso ser amado e que ainda sou aceitável	-1,414	0,16
É-me fácil gostar de mim mesmo	-2	0,05
Sou carinhoso e cuido de mim mesmo	-1,414	0,16
Sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo	-2	0,05
Encorajo-me a mim mesmo em relação ao futuro	-2,271	0,02

Determina-se que existe aumento dos níveis de autocompaixão, após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico, ao nível de:

- ‘eu tranquilizador’, quanto às variáveis “Sou capaz de lembrar a mim mesmo das minhas coisas positivas” (sig. 0,00), “É-me fácil gostar de mim mesmo” (sig. 0,05), “Sou

capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo” (sig. 0,05) e “Encorajo-me a mim mesmo em relação ao futuro” (sig. 0,02).

Para a *Hipótese V: Existe diminuição da sintomatologia depressiva existente após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico* expressas nas tabelas 16 e 17:

Tabela 16

Teste de Wilcoxon referente à sintomatologia depressiva

		n	Mean Rank	Sum of Ranks
humor deprimido	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	0	0,00	0,00
	Ties	13		
perda acentuada de interesse ou prazer	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	0	0,00	0,00
	Ties	13		
perda/ganho de peso	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	0	0,00	0,00
	Ties	13		
insónia/hipersónia	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	0	0,00	0,00
	Ties	13		
agitação psicomotora	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	3	2,00	6,00
	Ties	10		
lentificação psicomotora	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	2	1,50	3,00
	Ties	11		
fadiga/perda de energia	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	1	1,00	1,00
	Ties	12		
sentimentos de inutilidade	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	0	0,00	0,00
	Ties	13		
culpa excessiva/inapropriada	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	1	1,00	1,00
	Ties	12		
capacidade de concentração diminuída	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	2	1,50	3,00
	Ties	11		
capacidade diminuída de pensar	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	1	1,00	1,00
	Ties	12		
alteração da funcionalidade social/familiar	Negative Ranks	0	0,00	0,00
	Positive Ranks	2	1,50	3,00
	Ties	11		
pensamentos recorrentes de morte	Negative Ranks	0	0,00	0,00

	Positive Ranks	5	3,00	15,00
	Ties	8		

Tabela 17
Teste Z referente à sintomatologia depressiva

	Z	Sig.
humor deprimido	0,00	1,00
perda acentuada de interesse ou prazer	0,00	1,00
perda/ganho de peso	0,00	1,00
insónia/hipersónia	0,00	1,00
agitação psicomotora	-1,73	0,08
lentificação psicomotora	-1,41	0,16
fadiga/perda de energia	-1,00	0,32
sentimentos de inutilidade	0,00	1,00
culpa excessiva/inapropriada	-1,00	0,32
capacidade de concentração diminuída	-1,41	0,16
capacidade diminuída de pensar	-1,00	0,32
alteração da funcionalidade social/familiar	-1,41	0,16
pensamentos recorrentes de morte	-2,24	0,03

Determina-se que existe diminuição da sintomatologia depressiva existente após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico, ao nível da variável “pensamentos recorrentes de morte”, apresentando um valor de sig. 0,03.

Por sua vez, identificou-se as seguintes correlações significativamente significativas:

Tabela 18
Relação entre Estado Civil e os vários tipos de eu.

			n	M	Sig.
Avaliação 1	eu inadequado	casado	8	2,99	0,55
		divorciado	4	2,68	
		solteiro	2	2,50	
	eu detestado	casado	8	1,97	0,25
		divorciado	4	1,75	
		solteiro	2	0,63	
	eu tranquilizador	casado	8	1,82	0,21
		divorciado	4	1,16	
		solteiro	2	1,94	
Avaliação 2	eu inadequado	casado	8	2,78	0,05
		divorciado	4	2,55	
		solteiro	2	1,15	
	eu detestado	casado	8	1,03	0,27
		divorciado	4	1,25	

	eu tranquilizador	solteiro	2	0,25	0,32
		casado	8	2,16	
		divorciado	4	1,41	
		solteiro	2	1,57	

Verifica-se que na avaliação 2, os sujeitos casados apresentam um nível de “eu inadequado” superior comparativamente aos indivíduos divorciados e solteiros, apresentando um valor sig. de 0.05.

Tabela 19

Relação entre Situação Profissional e Sintomas Depressivos

		Avaliação 1			Avaliação 2		
		n	M	Sig.	n	M	Sig.
humor deprimido	desempregado	5	1,20	0,78	4	1,25	0,76
	doméstica	3	1,00		3	1,00	
	empregado	4	1,25		4	1,25	
	reformado	2	1,00		2	1,00	
perda acentuada de interesse ou prazer	desempregado	5	1,20	0,44	4	1,25	0,61
	doméstica	3	1,67		3	1,67	
	empregado	4	1,75		4	1,75	
	reformado	2	1,50		2	1,50	
perda/ganho de peso	desempregado	5	2,00	0,30	4	2,00	0,37
	doméstica	3	1,67		3	1,67	
	empregado	4	1,50		4	1,50	
	reformado	2	2,00		2	2,00	
insónia/hipersónia	desempregado	5	1,00		4	1,00	
	doméstica	3	1,00		3	1,00	
	empregado	4	1,00		4	1,00	
	reformado	2	1,00		2	1,00	
agitação psicomotora	desempregado	5	1,80	0,59	4	2,00	
	doméstica	3	1,67		3	2,00	
	empregado	4	2,00		4	2,00	
	reformado	2	1,50		2	2,00	
lentificação psicomotora	desempregado	5	1,40	0,27	4	1,75	0,62
	doméstica	3	1,33		3	1,67	
	empregado	4	2,00		4	2,00	
	reformado	2	1,50		2	1,50	
fadiga/perda de energia	desempregado	5	1,20	0,48	4	1,50	0,80
	doméstica	3	1,33		3	1,33	
	empregado	4	1,75		4	1,75	
	reformado	2	1,50		2	1,50	
sentimentos de inutilidade	desempregado	5	1,60	0,75	4	1,50	0,80
	doméstica	3	1,67		3	1,67	
	empregado	4	1,25		4	1,25	
	reformado	2	1,50		2	1,50	

culpa excessiva/inapropriada	desempregado	5	1,80	0,12	4	1,75	0,17
	doméstica	3	1,33		3	1,67	
	empregado	4	1,00		4	1,00	
	reformado	2	1,50		2	1,50	
capacidade de concentração diminuída	desempregado	5	1,20	0,02	4	1,50	0,50
	doméstica	3	1,67		3	1,67	
	empregado	4	2,00		4	2,00	
	reformado	2	1,00		2	1,50	
capacidade diminuída de pensar	desempregado	5	1,20	0,04	4	1,50	0,37
	doméstica	3	1,67		3	1,67	
	empregado	4	2,00		4	2,00	
	reformado	2	2,00		2	2,00	
alteração da funcionalidade social/familiar	desempregado	5	1,20	0,14	4	1,25	0,14
	doméstica	3	2,00		3	2,00	
	empregado	4	1,75		4	2,00	
	reformado	2	1,50		2	2,00	
pensamentos recorrentes de morte	desempregado	5	1,40	0,47	4	2,00	0,57
	doméstica	3	2,00		3	2,00	
	empregado	4	1,50		4	1,75	
	reformado	2	1,50		2	2,00	

Verifica-se que na avaliação 1, existem resultados significativos, sendo que podemos concluir que os reformados apresentam o sintoma capacidade de concentração diminuída (sig. 0,2), e os empregados não. Verifica-se ainda que os sujeitos reformados e os empregados, não apresentam o sintoma capacidade diminuída de pensar (sig. 0,04).

3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Vários estudos identificam a correlação positiva entre o autocriticismo e a sintomatologia depressiva, em amostras clínicas e não clínicas (Castilho *et al*, 2017; Dagnino *et al*, 2017; Dinger *et al*, 2015; Ehret *et al*, 2015; Straccamore *et al*, 2017; Blatt, 2008; Gilbert *et al*, 2004; Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth, 2013; Hutton, Kelly, Lowens, Taylor & Tai, 2013; Kobala-Sibley, Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, Moskowitz & Paris, 2012; Zuroff *et al*, 2005).

Sendo que dos estudos identificados, avaliaram o estudo do autocriticismo três tipos de escalas, como descrito na seguinte tabela:

Tabela 20

Estudos sobre níveis de autocriticismo e escalas utilizadas

ESTUDOS SOBRE NÍVEIS DE AUTOCRITICISMO	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS
Castilho <i>Et al</i> , 2017; Ehret <i>Et al</i> ; Gilbert <i>Et al</i> , 2004; Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth, 2013; Hutton, Kelly, Lowens, Taylor & Tai, 2013)	<i>Forms of Self- Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale</i> (Gilbert <i>et al</i> , 2004)
Dagnino <i>Et al</i> , 2017; Kobala-Sibley, Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, Moskowitz & Paris, 2012; Dinger <i>Et al</i> , 2015; Straccamore <i>Et al</i> , 2017; Blatt, 2008	<i>Depressive Experience Questionnaire</i> (Blatt, <i>et al</i> 1976)
Zuroff <i>Et al</i> , 2005	<i>Levels of Self-Criticism Scale</i> (Thompson & Zuroff, 2004)

Salienta-se na análise estatística realizada aos dados recolhidos, foi identificado para todos os resultados uma significância maior que 0,05. Sendo que se identifica que não existe uma correlação significativa ente o autocriticismo (nas suas formas eu detestado e eu inadequado) bem com a autocompaixão (na sua forma de eu tranquilizador) nos resultados obtidos.

Salienta-se ainda, que apesar da sua não validade estatística, obteve-se diminuição dos graus de autocriticismo, de forma individual em todos os indivíduos que compõem esta amostra, encontrando-se a descrição da evolução dos dados nos planos de intervenção desenvolvidos (Anexo X).

Contudo foram identificadas algumas correlações significativas. Identificou-se resultados significativos que identificam o sintoma capacidade de concentração diminuída nos indivíduos reformados (sig. 0,02) e não significativa nos indivíduos com emprego.

Se por um lado a concentração diminuída é um sintoma da depressão (*American Psychiatric Association*, 2014), salienta-se a importância de alterações cognitivas associada à idade (Sequeira, 2018). Neste sentido, torna-se importante explorar a ‘distribuição de sintomas’, nas várias faixas etárias, e de que forma se espelham tais alterações nos planos de intervenção.

Também foi identificada, uma relação estatisticamente significativa, que mostra que os indivíduos reformados e os empregados, não apresentam o sintoma capacidade diminuída de pensar (sig. 0,04).

Por sua vez, a respeito do autocriticismo, identifica-se uma predominância do ‘eu inadequado’ nos indivíduos casados, em relação aos indivíduos solteiros e divorciados (sig. 0,05). O que suscita a importância da avaliação de variáveis sociodemográficas como um eventual fator predisponente para os níveis de autocriticismo e autocompaixão, em conjugação com outros fatores.

Salienta-se ainda que existe uma predominância de indivíduos do sexo feminino na amostra, consistente com a pesquisa bibliográfica, que identificam que as perturbações depressivas surgem com uma incidência superior em indivíduos do sexo feminino, normalmente em idade jovem (Townsend, 2014, Sadock & Sadock, 2007).

Por sua vez, avaliando o resultado das intervenções realizadas, de acordo com o projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’ verificou-se as seguintes correlações significativas:

- Determina-se que existe diminuição da sintomatologia depressiva existente após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico, ao nível da variável “pensamentos recorrentes de morte” (sig .0,03).

- Determina-se que existe diminuição dos níveis do autocriticismo, após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico, ao nível de:

- ‘eu inadequado’, quanto às variáveis “Sinto-me derrotado pelos meus pensamentos autocríticos” e “sinto-me derrotado pelos meus pensamentos auto-críticos” correspondentes à subescala ‘eu inadequado’ (com sig. 0,05 para ambas as variáveis).
- ‘eu detestado’, quanto a todas as variáveis que constituem a subescala (com sig entre 0,01 e 0,03 em todos os itens da subescala eu detestado)

- Determina-se que existe aumento dos níveis de autocompaixão, após intervenções no âmbito do projeto psicoterapêutico, ao nível de:

- ‘eu tranquilizador’, quanto às variáveis “Sou capaz de lembrar a mim mesmo das minhas coisas positivas” (sig.0,00), “É-me fácil gostar de mim mesmo” (sig.0,05), “Sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo” (sig.0,05) e “Encorajo-me a mim mesmo em relação ao futuro” (sig.0,02).

A partir dos dados estatisticamente significativos, associados às intervenções realizadas, bem como os resultados individuais obtidos no desenvolvimento dos diversos planos de intervenção individuais, identifica-se que as intervenções planeadas apresentam um potencial de sucesso, que deve ser explorado, no sentido da validação do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’.

Neste sentido, torna-se pertinente explorar intervenções que procurem dar resposta às alterações cognitivas e emocionais que se interligam com os elevados níveis de autocriticismo, e por sua vez, com os estados depressivos (Ehert *et al*, 2015; Castilho, 2011; Gilbert *et al*, 2006).

3.5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS INTERVENÇÕES PLANEADAS E RESULTADO OBTIDOS NO ÂMBITO DO PROJETO PSICOTERAPÊUTICO ‘DA DEPRESSÃO À AUTOCOMPAIXÃO’.

Salientando que os resultados obtidos não pretendem a validação do projeto psicoterapêutico na sua 1ª fase, correspondente ao internamento, torna-se importante a reflexão sobre os mesmos.

Considerando primeiramente, as limitações do estudo identificadas, identifica-se, como primeiro fator o facto de se tratar de uma amostra não probabilística, seleccionada por conveniência. Por outro lado, o facto de todos os inquiridos pertencerem à mesma área de residência, e o seu tamanho reduzido, põe em causa a representatividade da amostra face à população (Ribeiro, 2010).

Neste sentido, a realização de um estudo, com base nas premissas de investigação do projeto psicoterapêutico definido, em amostras significativas, bem como de várias localizações diferentes, poderão trazer inferências importantes para a problemática em estudo.

Por sua vez, no campo da sintomatologia depressiva, a sua avaliação foi simplista, identificando-se apenas a sua existência como presente ou não presente. A avaliação da intensidade da depressão, particularizando para os seus sintomas, apresenta-se como um percurso a ter em conta, na relação com os níveis de autocriticismo e autocompaixão, bem como a compreensão da predominância de determinados sintomas com caraterísticas do contexto do indivíduo.

Salientando a diminuição do sintoma ‘ideias recorrentes de morte’ e a diminuição de todos os itens da subescala eu detestado, pode formular-se como hipótese de investigação de possíveis correlações entre os comportamentos parasuicidários e a dinâmica do autocriticismo, particularizando para as caraterísticas do eu detestado.

Também seria uma linha de investigação importante, compreender o número de anos com diagnóstico de perturbação depressiva major, e por outro lado, realizar estudos longitudinais, que permitissem o acompanhamento de indivíduos com tal diagnóstico, compreendendo a sua evolução, bem como as interações presentes no seu espaço ambiental e inter-relacional.

Ainda salientando, pode considerar-se pertinente, enquanto linha de investigação, considerar o estudo do autocriticismo e autocompaixão em outras psicopatologias, salientando as adições, e também em patologias físicas.

Por outro lado, a investigação de continuidade, depois da alta dos serviços de internamento ou outro tipo de acompanhamento, pode incrementar conhecimentos, que permitam compreender, tanto os mecanismos associados às recaídas, bem como os associados ao potencial de manutenção do estado de saúde.

Salienta-se, como uma mais valia, a validade do instrumento de avaliação utilizado, a Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, bem como a sua validação para a população portuguesa e boas características psicométricas.

Particularizando para o contexto de estágio, onde foi possível a colheita dos dados, preconiza-se, conjuntamente com a enfermeira orientadora Isabel T. e a equipa de enfermagem, a apresentação dos dados obtidos e das várias etapas do projeto em contexto apropriado, bem como a sua divulgação externa.

Por sua vez, com base nas pesquisas realizadas, identificou-se vários estudos que associam elevados níveis de autocriticismo em adolescentes, relacionados com sintomatologia psicopatológica (Costa, 2015; Medeiros, 2016; Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2010).

Neste sentido, apresenta-se em planeamento a estruturação de um projeto psicoeducativo, conjuntamente com a enfermeira orientadora Isabel T., a realizar em contexto escolar. Através deste pretende-se realizar abordagens que abranjam os alunos,

encarregados de educação e o pessoal docente e não docente, nas escolas da região, na esfera do autocriticismo. Procura-se sensibilizar para a problemática associada a este fenómeno, preditivo de situação psicopatológica, a alunos, encarregados de educação e professores, bem como outras problemáticas associadas. Neste projeto pretende-se abordar questões como a competição escolar, bullying, relacionamento violentos, entre outros, como fatores despoletáveis de contextos psicopatológicos em associação com elevados níveis de autocriticismo. Pretende-se também a identificação de casos de risco, bem como capacitar os encarregados de educação e professores para a sua identificação, no sentido de fazer o seu reencaminhamento para a área infantojuvenil da região.

Por sua vez, no meu contexto de trabalho, conjuntamente com a equipa de psicologia, apresenta-se em planeamento um projeto de intervenção na população adolescente alvo de cuidados, que visa trabalhar os fenómenos do autocriticismo, autocompaixão, afeto negativo e vinculação.

4.CONCLUSÃO

“No estudo, no trabalho e no amor, em qualquer aventura a que te lances, confia no que sabes e voa nas asas da tua esperança” (Richard Bach, 2000, p.26).

“Não empreendemos nada mais grandioso do que o sentido das dificuldades que encontramos; não perseveramos em nada mais grandioso do que o orgulho da as vencermos” (William Hazlitt citado por Exley, 1999)

Desde a primeira aula, no contexto do Mestrado Integrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no Instituto Politécnico de Setúbal, até ao momento da construção do presente trabalho, foi percorrido um importante caminho de aprendizagem pessoal, profissional e relacional.

Procurando o necessário para o atingir das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, e também as competências de mestre, cria-se um processo dinâmico que nos convoca ao conhecimento de nós próprios, e de que forma nos tornamos instrumento terapêutico. Esta capacidade, que permite o ato de se mobilizar a si próprio e aos conhecimentos adquiridos, em prol do indivíduo, família ou comunidade, é um importante alvo de reflexão, tendo sido realizado este processo de análise no âmbito das competências, explanado no anexo (Anexo II).

Neste sentido, é importante que a dimensão do autoconhecimento mereça a atenção e trabalho devidos, uma vez que só assim é possível ter uma noção integrativa do *eu* na relação de ajuda com o outro (Lopes, 2006).

Por sua vez, o processo de aprendizagem realizado invoca o percurso da Enfermagem, em que na sua dimensão cuidadora primordial, associado ao cuidado à família, surge na atualidade como uma consolidada disciplina científica, com um corpo de conhecimento e metodologias próprias.

Revisitando Carper (1978) referida por Nunes (2017), invoca-se os quatro tipos de saberes por esta autora definidos: saber empírico, saber estético, saber pessoal e saber ético, que encontram continuidade na prática atual da Enfermagem, associado ao seu campo de competências, definidas para os seus diversos contextos de atuação.

Particularizando para o presente trabalho, bem como todo o contexto que levou à sua gênese, salienta-se o processo interventivo realizado com os vários indivíduos alvo de cuidados, referente aos estados depressivos e implicação do fenómeno do autocriticismo. O desenvolvimento deste constituiu um método construtivo constante, desde a pesquisa bibliográfica, propostas interventivas e sua materialização em contexto prático.

Saliento como principal desafio o contexto de relação com o outro, na forma em que mutuamente nos desafia, e em parte nos reconstrói através da relação de ajuda, como profissionais, mas também enquanto pessoas.

Com o projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’, pretende-se desenvolver uma resposta sólida à problemática da depressão, constituindo o conceito do autocriticismo como um fator determinante a ter em conta nesta psicopatologia, tanto no papel de agravante, como no papel de fator de predisposição, para que esta se desenvolva. Por outro lado, tem como objetivo centralizar o papel do enfermeiro especialista como ‘condutor’ do processo de cuidar, sendo uma referência na equipa multidisciplinar, no papel do ‘enfermeiro de referência’ no internamento, e por sua vez, como ‘enfermeiro gestor de caso’ no contexto da comunidade. Por sua vez, a construção de um instrumento de trabalho, possível de generalizar a outras realidades, é uma mais valia, no âmbito do presente trabalho. É também de referir que a centralização das intervenções traçadas, com vista a dar resposta às alterações cognitivas e emocionais associadas à depressão, constitui-se uma mais valia, expressa nos resultados obtidos através dos planos de intervenção.

Salienta-se que, a nível dos planos de intervenção traçados, bem como os ganhos obtidos no processo de doença dos indivíduos, não seriam possíveis através de um único profissional de saúde. É importante salientar a extrema importância que tem a equipa de

enfermagem e equipa multidisciplinar na implementação dos planos traçados, bem como a família e o próprio indivíduo alvo de cuidados, sendo o ‘sucesso atingido’ mérito de todos os referidos.

Faço ainda referência aos resultados obtidos, no âmbito das avaliações dos sintomas depressivos e níveis de autocriticismo antes e após a realização das intervenções planeadas, no âmbito do projeto psicoterapêutico, que identificam correlações significativas entre tais intervenções e o resultado destas, como uma diminuição dos níveis de autocriticismo e aumento dos níveis de autocompaixão.

Como já constatado no artigo de revisão integrativa “o fenómeno do autocriticismo e a sua relação com a depressão – revisão integrativa” em anexo (Anexo XIV), o fenómeno do autocriticismo é ainda pouco explorado pela disciplina de Enfermagem, sendo uma área de intervenção para os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sendo relevante a incorporação deste conceito como uma mais valia na intervenção especializada para com o indivíduo, famílias, grupos e comunidade.

Como aspetos a melhorar, saliento a importância de desenvolver os diagnósticos de Enfermagem, bem como as suas intervenções, através da linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, pois possibilita a uniformização da informação, acessível e compreensível por todos os enfermeiros. Também é de salientar que no presente trabalho, na parte III, correspondente à análise estatística dos dados colhidos, esta foi feita de forma desproporcional em relação à reduzida amostra identificada. É também de referir a importância dos dados colhidos, não com o objetivo de investigação, mas como complementaridade ao processo de intervenção psicoterapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, F. (2008). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no Norte de Portugal* (tese de doutoramento não publicada).

Universidade Aberta, Retrieved from

<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1268>

Alford, B.; Beck, A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

Amaro, P. (2016). *Referenciais para a construção do processo de enfermagem na consulta de saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência: o processo de implementação*

(tese de mestrado não publicada). Universidade de Évora. Retrieved from

<http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/18926/1/relat%20de%20est%20a%20Pedro%20Amaro%2033874.pdf>

American Psychiatric Association (2014). *DSM - V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Assembleia da República (2016), *Decreto-Lei n.º 63/2016*. Diário da República N.º 176, 1ª

série, 13 de setembro de 2016 pp 3159-3191. Retrieved from [https://dre.pt/home/-](https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq)

[/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq](https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq)

Associação Médica Mundial (2013), *Declaração de Helsínquia*. Retrieved from

[https://www.wma.net/wp-](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf)

[content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf)

Bach, R. (2000). *Mensagens para sempre*. Lisboa: Editora Plural.

Bastos, T (2011) *A Neurobiologia da Depressão*. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61071/2/TeseTeresaBastos.pdf>

Baumann, A. (2007). *Ambientes Favoráveis à prática: condições no trabalho - cuidados de qualidade*. Conselho Internacional do Enfermeiro. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf

Beck, A. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1965-05779-001>

Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitiva: Teoria e Prática* 2ª Edição. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Bento, M. (1997). *Cuidados e formação em enfermagem, que identidade?* Lisboa: Fim de Século.

Berking, M.; Whitley, B (2014). *Affect Regulation training - A Practitioners' Manual*, New York, Springer

Blatt, S.J., 2008. *Polarities of Experience: Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. Washington: American Psychological Association.

Blatt, S.J., D'Affitti, J.P., Quinlan, D.M., 1976. Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*. Volume 85(4), 85, 383–389. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-843X.85.4.383>

Bowlby J. (1989). *Uma Base Segura: Aplicações Clínicas da Teoria do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bowlby J. (2006). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. São Paulo: Editor Martins Fontes.

- Bulecheck, G.; Butcher, H.; Dochterman, J.; Wagner, C. (2013). *NIC Classificação das Intervenções em Enfermagem* (6ª Edição). Elsevier.
- Buss, D. M. (2004). *Evolutionary psychology. The new science of the mind* (2nd Ed.). Boston: Ally & Bacon.
- Cabral, L.; Florentim, R. (2015). Saúde Mental dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. *Millenium*, 49 (jun/dez), pp. 195-216. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8085>
- Casarin, S.; Villa, T.; Gonzales, R.; Freitas, M.; Caliri, M. *et al.* (2002). Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Julho-Agosto; 10(4), 472-7.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia* (tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20463/3/Paula%20Castilho%20TESE%202011.pdf>
- Castilho, P., Gouveia, J.P., Bento, H. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, n. 52-II, p. p. 331-359, junho. Retrieved from <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1060/508>
- Castilho, P., Gouveia, J.P. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86. Retrieved from <http://impactumjournals.uc.pt/psychologica/article/view/1101/549>

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V., Duarte, J., (2014). Recall of threat and submissiveness in childhood and psychopathology: the mediator effect of selfcriticism.

Clinical Psychology Psychotherapy. 21, 73-81. Retrieved from

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.1821>

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Duarte, J., 2017. Two forms of self-criticism mediate differently the shame-psychopathological symptoms link. *Psychology and*

Psychotherapy Theory, Research and Practice. 90, 44–54. Retrieved from

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papt.12094>

Chalifour, J. (2008), *A Intervenção Terapêutica - Volume 1 - Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta

Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Dagnino, P., Pérez, C., Gómez, A., Gloger, S., Krause, M. (2017) Depression and Attachment: how do personality styles and social support influence this relation?

Researching Psychotherapy, Vol. 20. Retrieved from

<https://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/237>

Commission for Case Management Certification (2004). In Mullahy, C.; Jensen, D. (2004).

The case manager's handbook. (3rd Ed.) Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.

Costa, H. (2015). *Os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar*

psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário (tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Retrieved from

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32438/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Henrique%20Costa.pdf>

Dagnino, P., Pérez, C., Gómez, A., Gloger, S., Krause, M. (2017) Depression and

Attachment: how do personality styles and social support influence this relation?

Researching Psychotherapy, Vol 20. Retrieved from

<https://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/237>

Dinger, U., Barrett, M.S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A.G.C., Renner, F., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2015). Interpersonal Problems, Dependency and Self-Criticism in Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology* 71. Retrieved from em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25283680>

Direção Geral de Saúde (2013). Programa nacional para a saúde mental - Plano nacional de prevenção do suicídio. 2013-2017. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017). *Relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/emdestaque/relatoriodoprograma-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>

Duman, S.; Nanxin, L. (2009). A neurotrophic hypothesis of depression: role of synaptogenesis in the actions of NMDA receptor antagonists - *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, v. 367, n. 1601, p. 2475-2484, 201. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22826346>

Ehret, A.M., Joormann, J., Berking, M. (2015) Examining risk and resilience factors for depression: the role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion*. 29, 1496-1504. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25517734>

Exley, H. (1999). *Sabedoria do Milénio*. Lisboa, Editorial Estampa

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª edição). Loures: Lusociência.

Freire, P. (s/data). *Educação como Prática da Liberdade* (5ª Edição). Lisboa: Adinalivro.

Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Retrieved from
- <https://pdfs.semanticscholar.org/b168/667823f990b6aeb3dfa018f86f74afeaf4ea.pdf>
- Gilbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 99-142). Chichester: J. Wiley.
- Gilbert, P. (2005). Social Mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299-335). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression* (3ª Edição). London: Sage.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S. Miles, J.N.V., Irons, C. (2004) Criticizing and Reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*. 43, 31-50. Retrieved from
- <https://compassionatemind.co.uk/uploads/files/criticising-and-reassuring-oneself.pdf>
- Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R., Palmer, M. (2006) Selfcriticism and Self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 20, 183-200. Retrieved from
- <https://pdfs.semanticscholar.org/0b66/03dc7be7dcb9b2248b893d56494387d31ead.pdf>
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). Retrieved from

https://www.researchgate.net/publication/301346596_Focused_therapies_and_compassionate_mind_training_for_shame_and_self-attacking

Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R., Palmer, M. (2006) Selfcriticism and Self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 20, 183-200. Retrieved from

<https://pdfs.semanticscholar.org/0b66/03dc7be7dcb9b2248b893d56494387d31ead.pdf>

Golberstein E, Eisenberg D, Gollust S. (2008). Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatric Services*. Apr;59(4):392-9. Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18378838>

Hoffmann, F., Rodrigues, R. (2010). *Informal Carers: Who Takes Care of Them?* Policy Brief 4/2010. Vienna: European Centre.

Hofmann, G., Sawyer, T., Fang, A. (2010). The empirical status of the "new wave" of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clinics of North America*. Sep;33(3):701-10.

Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20599141>

Horwitz, A (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: University of Chicago Press.

Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability.

Cognitive Therapy and Research, 33, 301-313. Retrieved from

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-008-9202-1>

Leff, J., & Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. New York, NY, US: Cambridge University Press. Retrieved from

<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511543937>

Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.

- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J; Oliveira, M. (2015). *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Maia, L, Correia, C., Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica Estudos de Casos e Instrumentos*. Lisboa: Lidel.
- Marriner, A (1989). *Modelos y teorías de Enfermería*. Barcelona: Ediciones Rol S.A.
- Martins, L., Cunha, M., Guerreiro, D., & Marques, M. (2015). Correlatos psicológicos de cuidadores formais de pessoas com deficiência mental: amostra portuguesa. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 1(1), 17-29. Retrieved from <https://rpics.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/13>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Costa, V. (2011). Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: The impact of emotion regulation processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21898673>
- Medeiros, P. (2016). *Autodano e ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica*. Universidade dos Açores (tese de mestrado não publicada). Retrieved from <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3933/1/DissertMestradoPaulaMicaelaCostaMedeiros2016.pdf>
- Montgomery, C. (1993) *Healing through communication: the practice of caring*. California: Sage Publication.
- Neeb, K. (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Negreiros, J. (2008). *Luto Lento*, Porto: Papiro Editora.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Observatório Português de Sistemas de Saúde (2014). *Relatório Primavera – Saúde Síndrome*

de Negação. OPSS. Retrieved from <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2014/>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de*

Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Documentos legislativos e regulamentos da OE*. Retrieved

from <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro*

especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Retrieved from

<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro*

Especialista. Retrieved from

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização Mundial de Saúde (1946). *Constitution of the World Health Organization*.

Retrieved from www.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

Organização Mundial da Saúde (2007). *Mental health: strengthening mental health*

promotion. Fact sheet n° 220. Geneva: World Health Organization. Retrieved from

<http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs220/en>

Organização Mundial de Saúde (2017). *Depression and other Common Mental Disorders*.

Global Health Estimates. Retrieved from

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER->

[2017.2eng.pdf?utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500cEMAIL_CAMPA](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2eng.pdf?utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500cEMAIL_CAMPA)

[IGN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2eng.pdf?utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500cEMAIL_CAMPA)

[d538ec500c&utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500cEMAIL_CAMPAI](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2eng.pdf?utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500cEMAIL_CAMPA)

[GN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-d538ec500c260570285](https://www.researchgate.net/publication/287992461_Revista_Portuguesa_de_Enfermagem_de_Saude_Mental)

- Parreira, F (2017) *Épico de Gilgameš Versão Babilónia Padrão*. Porto: Assírio & Alvim.
- Peplau, E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Pessoa, F. (2006). *Livro do Desassossego*. Rio de Mouro: Círculo dos Leitores.
- Petronilho, F. A. (2007) *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde.
- Phaneuf, M. (2002), *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta
- Potter, Perry (2006). *Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rainho, C.; Pimenta, G.; Antunes, C.; Monteiro, M. (2015). Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 48-54. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/287992461_Revista_Portuguesa_de_Enfermagem_de_Saude_Mental
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., Levitt, A. (2000). Selfcriticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 571-584. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1005566112869>

- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Legis Editora.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. 3ª edição. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, A. (1996). *Enfermagem Psiquiátrica Saúde Mental: prevenção e intervenção*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
- Sá, L (2010). *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM*. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4143/3/ATT155030.dat.pdf>
- Sadock, B., Sadock, V. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Saraiva, C. Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (2ª Edição). Lisboa: Lidel.
- Shahar, B., Doron, G., Szepeswol, O., (2015). Childhood maltreatment, shameproneness and self-criticism in social anxiety disorder: a sequential mediational model. *Clinical Psychology. Psychotherapy*. 22, 570–579. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.1918>
- Smith, H.L. (2014). *Harry's Last Stand*. London, Icon.
- Straccamore, F., Ruggi, S., Lingardi V., Zanardi, R. (2017) Personality Factors and Depressive Configurations. An Exploratory Study in an Italian Clinical Sample. *Frontiers in Psychology*. 8, 251. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28316575>

- Stanhope, M.; Lencaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de saúde na Comunidade, centrados na população*. 7ª edição. Loures: Lusociência.
- Stickley, T.; Wright, N. (2014). *Theories for Mental Health Nursing A Guide for Practice*. London: Sage.
- Sturman, E., Rose, S., McKeighan, K., Burch, J., Evanico, K (2015) Personality and the generation of defeat, involuntary insubordination and depression. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 40, 47-58. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0036896>
- Thompson, R., Zuroff, D.C., (2004). The levels of self-criticism scale: comparative selfcriticism and internalized self-criticism. *SciVerse Science Direct* Volume 36, Issue 2, 419–430. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886903001065>
- Tomey, A, Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª edição). Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2014). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. (7ª edição). Loures: Lusociência.
- Wahl, O. (1999). Mental Health Consumers’ Experience of Stigma. *Schizophrenia Bulletin* 25(3):467-78. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/12820910_Mental_Health_Consumers%27_Experience_of_Stigma
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Whelton, W., & Greenberg, L. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, *ResearchGate* 38(7), 1583-1595. Retrieved from

https://www.researchgate.net/publication/222809640_Emotion_in_self-criticism

Winnicott, D. (1978). *A Criança e o Seu Mundo*. São Paulo, Editor Martins Fontes.

Zuroff, D.C., Santor, D. A., Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism and maladjustment. Relatedness, self-definition and mental representation: *Essays in honor of Sidney J. Blatt*, (pp.75-90) London, Brunner-Routledge. Retrieved from

<https://doi.org/10.4324/9780203337318>

ANEXO IA. PLANO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Objetivos Específicos	Justificação	Crítérios de Avaliação
Demonstrar um exercício profissional, seguro e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, bem como uma prática que respeita os direitos humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2019)	As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal devem espelhar a tomada de decisão ética em situações da prática especializada. Este processo de tomada de decisão deve assentar em princípios, valores e normas deontológicas, promovendo sempre os direitos humanos do indivíduo alvo de cuidados. Por sua vez, é também de salientar a importância da avaliação dos resultados da tomada de decisão. É também papel do enfermeiro especialista liderar a equipa nas tomadas de decisão mais complexas, bem como promover os direitos dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).	A conduta e tomada de decisão é pautada por uma conduta de responsabilidade profissional e consciência ética e legal, respeitando os direitos e privacidade da pessoa alvo de cuidados, bem como a avaliação de tais decisões. Reconhece a importância da liderança, no contexto de equipa, nas tomadas de decisão de maior complexidade na sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).
Colaborar no desenvolvimento de e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e melhoria contínua da qualidade, compreendendo que o processo de melhoria contínua assenta na análise e revisão das práticas, bem como os seus resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).	As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade assentam na iniciativa e participação em projetos assistenciais ou não assistenciais, na área da qualidade, bem como a incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática de Enfermagem. A avaliação da qualidade dos cuidados em Enfermagem deverá ser feita nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado. Salienta-se a importância da criação de programas de melhoria contínua, para que exista a promoção e manutenção de um ambiente seguro e terapêutico. O risco é também alvo de gestão e análise, de forma a promover cuidados que sejam promotores de segurança e proteção do indivíduo do ponto de vista físico, psicossocial, cultural e espiritual (ordem dos Enfermeiros, 2019)	Participa nos projetos e programas assistenciais, associados ao desenvolver da qualidade dos cuidados, nas vertentes da Estrutura, Processo e Resultado, compreendendo a importância do processo de melhoria contínua, como resposta às necessidades do indivíduo e populações (Ordem dos Enfermeiros, 2019).
Demonstrar conhecimento sobre a	As competências do domínio da gestão dos cuidados permitem a gestão dos cuidados de Enfermagem,	Reconhece a importância do desenvolvimento do processo

importância da liderança e gestão dos cuidados, bem como a articulação com a equipa de enfermagem e a equipa multiprofissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019).	promovendo uma melhor resposta da equipa de Enfermagem na toma da decisão. Também garante a segurança e competência de tarefas que poderão ser delegadas, supervisionando as mesmas. Também neste domínio, o enfermeiro especialista é chamado à liderança situacional, de acordo com o contexto, adequando os recursos existentes às necessidades de cuidados, promovendo a qualidade dos mesmos (ordem dos Enfermeiros, 2019).	de cuidados, no decurso da tomada de decisão e liderança da equipa, bem como a relevância da orientação e supervisão das tarefas delegadas e a adequação dos recursos existentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019).
Desenvolver o autoconhecimento e assertividade, bem como os padrões de conhecimento necessários para desenvolver a praxis clínica especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2019)	As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais salientam a importância do autoconhecimento na prática de Enfermagem. É de extrema importância o reconhecimento das interferências, da dimensão de Si e do Outro, que incorrem no processo de estabelecimento de relações terapêuticas com o indivíduo alvo de cuidados e também nas relações entre profissionais/equipa multiprofissional. Também é de referir a importância do gerar respostas de caráter adaptativo, tanto a nível individual como organizacional. Por outro lado, este domínio legitima a importância da tomada de decisão ter por base padrões de conhecimentos, não só científicos, mas também éticos, pessoais, culturais e sociais, sendo o enfermeiro especialista impelido a ser agente ativo e facilitador no processo de aprendizagem da equipa em que está inserido (ordem dos Enfermeiros, 2019).	Desenvolve e reconhece a importância do autoconhecimento, compreendendo a importância do desenvolvimento de capacidades adaptativas, para responder a questões individuais e organizacionais. Reforça estratégias de atualização de conhecimentos e da realização de contributos para a investigação, compreendendo o papel de facilitador, na equipa, na difusão de conhecimentos científicos na área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

ANEXO IB. PLANO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Objetivos	Atividades	CrITÉrios de Avaliação
“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	Demonstrar tomada de consciência de mim mesma, durante a relação terapêutica, e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	- Identificar, de forma contínua, a minha interferência pessoal, enquanto pessoa, no processo terapêutico, bem como o impacto de tais ocorrências. - Gerir mecanismos de transferência e contratransferência, impasses e resistências na relação terapêutica.	- Reflexões com a enfermeira orientadora sobre tais acontecimentos, ocorridos no contexto de estágio. - Análise da prática em contexto de estágio.
“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	- Desenvolver competências na avaliação diagnóstica e na implementação de projeto e planos de intervenção para a pessoa e comunidade, no âmbito do tratamento da doença mental e	- Revisão Bibliográfica. - Recolha prévia de informação junto da equipa multidisciplinar. - Discussão da informação pertinente com equipa multidisciplinar.	- Descrição dos processos de cuidar estabelecidos e sua análise. - Análise individual da prática em contexto de estágio.
“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na			

família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	promoção da saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	- Realização de entrevistas como um dos meios de colheita de dados.	- Reflexões com a enfermeira orientadora sobre os planos de intervenção a realizar, bem como as dificuldades na sua concretização.
“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossociais e psicoeducacionais, 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	- Identificar os resultados esperados de acordo com o projeto de intervenção traçados para cada utente (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	- Estabelecimento de relação de ajuda e sua manutenção.	
	- Demonstrar conhecimentos no desenvolvimento e implementação de programas de psicoeducação e treino em saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	- Consciencialização da importância da intencionalidade terapêutica.	- Concretização e apresentação do Projeto Psicoterapêutico ‘Da depressão à Autocompaixão’
	- Demonstrar conhecimentos na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, de modo a que atinja a máxima autonomia e funcionalidade pessoal, profissional, familiar e social (Ordem dos Enfermeiros, 2018).	- Planeamento e realização de intervenções individuais a vários utentes em internamento, bem como a avaliação das intervenções.	
		- Acompanhar o processo de reinserção na família/comunidade no momento pós-alta.	
		- Planeamento do Projeto Psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’	

ANEXO II: REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

“Quando o teu arco se tiver partido e tiveres gasto a última flecha, dispara, dispara com todo o teu coração” (Ditado Zen citado por Exley, 1999)

Tendo em conta o percurso feito até aqui, em contexto de aulas e nos contextos de ambos os estágios, no âmbito do mestrado integrado em associação e especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pretendendo-se uma reflexão crítica sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, e por fim as competências de mestre. Com a presente reflexão pretende-se também dar resposta ao planeamento de aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e competências dos enfermeiros especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica traçadas (Anexo I).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019)

- Competência do domínio: *Responsabilidade profissional, ética e legal* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A respeito desta competência, é fundamental fazer referência à deontologia profissional da disciplina de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e às normativas legais. A partir das quais, devemos pautar a nossa prática profissional, no sentido de promover a liberdade e a dignidade da pessoa humana, tanto no papel da pessoa alvo de cuidados, como na pessoa enfermeiro, sempre assente numa conduta ética (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A competência em questão é de extrema importância, e traz-nos, contextualizando para a esfera da saúde mental, a importância de lidar com as pessoas em sofrimento, e por outro lado incompetentes para decidir por si. Este ponto é fulcral, pois a condição dos indivíduos com doença mental acresce-lhe um elevado grau de fragilidade e vulnerabilidade, podendo levar mais facilmente a situações de estigmatização,

negligência e abuso. A condição privilegiada do enfermeiro no acesso ao outro nas suas condições de maior fragilidade, deve conduzi-lo na prudência de nunca desvalorizar este ponto, não o tornando rotineiro ou algo ‘comum’.

No âmbito da saúde mental, falando da minha experiência nos contextos de estágio e na minha prática profissional, ligada a crianças e jovens com doença mental e dificuldade intelectual, torna-se fácil generalizar este tipo de comportamentos, diria, ‘disruptivos’, face à pessoa com doença mental. Cabe ao enfermeiro especialista promover comportamentos nos outros profissionais de saúde e comunidade, que não comprometam o indivíduo alvo de cuidados em nenhuma situação.

Em contexto prático, saliento a procura e desenvolvimento no processo de tomada de decisão, avaliando e construindo respostas adequadas, tendo em conta os princípios éticos, deontológicos e legais, em parceria com a equipa multidisciplinar e também com o indivíduo alvo de cuidados e a sua família/cuidador informal.

Refiro também, a cooperação e liderança realizada na equipa multidisciplinar, em que promovi processos de reflexão, individuais e em grupo, sobre a tomada de decisão e planos de intervenção desenvolvidos, tendo sempre em conta a dignidade e privacidade dos indivíduos alvos de cuidados.

- Competências do domínio: *Melhoria Contínua da Qualidade* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A partir desta competência, o enfermeiro especialista deve assumir um papel proactivo e dinamizador na procura de novas estratégias institucionais, sendo elas a nível da governação clínica, como no planeamento e implementação de projetos e programas, que evoquem intervenções e conhecimentos mais responsivos às necessidades identificadas. Neste sentido, salienta-se a importância da melhoria contínua, através da qual é possível desenvolver estratégias organizacionais e interventivas, que promovam a qualidade. É também importante criar forma de avaliar resultados que evidenciem a qualidade implementada, pois através da avaliação dos resultados é possível readaptar e criar novas estratégias que respondam às necessidades da pessoa alvo de cuidados, (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por sua vez, a presente competência também apresenta o enfermeiro especialista com a tarefa adicional de analisar e compreender o ambiente terapêutico, de forma a geri-lo de

forma adequado, promovendo a efetividade terapêutica, cumprindo a gestão do risco (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Gestão da Qualidade, parte de um conjunto de normas e orientações clínicas e organizacionais, que visa uma correta gestão clínica. A partir destas, tem sido desenvolvido vários projetos e programas de promoção da segurança do doente, no sentido da melhoria dos cuidados de saúde prestados em todas as áreas de cuidados de saúde, fomentando a qualidade dos cuidados (Direção Geral de Saúde, 2017).

Salienta-se a importância dos sistemas de monitorização, através dos quais, é possível avaliar um conjunto de indicadores específicos, que na sua análise permitem descrever, discutir, manter e desenvolver estratégias para manutenção dos padrões de qualidade adequados. Também é possível identificar a perceção da qualidade dos cuidados, na ótica do utente e também do profissional, através de sugestões e reclamações, bem como através do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos. É ainda importante referir o risco profissional, que também é tido em conta nos processos de gestão de qualidade e melhoria contínua (Direção Geral de Saúde, 2017).

Compreendendo a importância dos projetos e programas traçados nos contextos de estágio, bem como a participação nestes permitiu-me compreender os processos de gestão de qualidade implementado, na prática diária, bem como reforçar a importância da visão da Gestão de Qualidade implementado. Por sua vez, também me foi possível participar na monitorização de indicadores de qualidade e gestão de risco, através do sistema de registo implementado (SClínico), bem como todos os procedimentos associados.

Neste sentido, e particularizando, a importância da melhoria contínua da qualidade teve também o seu contributo na génese projeto psicoterapêutico concetualizado. Pois, através dele, pretende-se uma resposta assistencial positiva, mas também um contributo para a melhoria contínua da qualidade, na prestação de cuidados ao indivíduo com diagnóstico de perturbação depressiva major. A importância do processo de planeamento, bem como o carácter reflexivo sobre os critérios da sua implementação e avaliação, correspondem aos desafios desta competência.

A partir dos planos de intervenção implementados, tendo como base o projeto psicoterapêutico concetualizado, bem como outros planos de intervenção implementados não relacionados com o dito projeto, foi possível a avaliação dos resultados obtidos,

através de indicadores e instrumentos definidos, bem como a mobilização da equipa de enfermagem para papéis específicos.

- Domínio de competências: *Gestão dos Cuidados* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A presente competência, no âmbito do domínio da gestão dos cuidados permitem a gestão dos cuidados de Enfermagem, promovendo uma melhor resposta da equipa de Enfermagem na tomada de decisão, otimizando a sua resposta. Também garante a segurança e competência de tarefas que poderão ser delegadas, supervisionando as mesmas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências do Também neste domínio, o enfermeiro especialista é chamado à liderança situacional, de acordo com o contexto, adequando os recursos existentes às necessidades de cuidados e promovendo a qualidade dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A partir deste ponto, foi-me permitido a gestão dos cuidados dos utentes com os quais trabalhei, bem como a partilha dos planos de intervenção traçados, no sentido de que, integrada na equipa de enfermagem/multidisciplinar e em cooperação, torna-se possível recolher aportes para a sua melhoria, bem como a possibilidade dos planos traçados serem estendidos e trabalhados por toda a equipa multidisciplinar.

Na minha perspetiva, ainda que o enfermeiro especialista, particularizando para o papel do enfermeiro especialista no projeto psicoterapêutico conceptualizado (‘enfermeiro de referência’ e ‘enfermeiro gestor de caso’), possa ser o primeiro responsável no traçar dos planos de intervenção, estes só terão uma real validade quando conhecidos e trabalhados em equipa. Reforço ainda, que os aportes dos vários enfermeiros constituintes da equipa (e também de outros profissionais de saúde) é de extrema importância para que os planos de cuidados sejam completos, verdadeiramente abrangentes e operacionais.

Também é de referir, que de forma a dar consistência às intervenções traçadas, no âmbito do projeto psicoterapêutico desenvolvido, foi-me possível liderar a equipa na implementação dessas mesmas intervenções, bem como a possibilidade de convocar e/ou reencaminhar para outras áreas de atuação, quando considerado necessário.

- Domínio de competências: *Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No domínio da competência Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, salienta-se a importância do autoconhecimento na prática de Enfermagem, bem como a importância de um comportamento assertivo. É de extrema importância o reconhecimento das interferências, da dimensão de Si e do Outro, que incorrem no processo de estabelecimento de relações terapêuticas com o indivíduo alvo de cuidados e também nas relações entre profissionais/equipa multiprofissional. Também é de referir a importância do gerar respostas de caráter adaptativo, tanto a nível individual como organizacional.

Por outro lado, este domínio legitima a importância da tomada de decisão ter por base padrões de conhecimentos, não só científicos, mas também éticos, pessoais, culturais e sociais, sendo o enfermeiro especialista impelido a ser agente ativo e facilitador no processo de aprendizagem da equipa em que está inserido (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por sua vez, saliento a importância da intencionalidade terapêutica, como um elemento a ter em conta no planeamento das intervenções de enfermagem. A intencionalidade terapêutica reveste as intervenções que são desenvolvidas, indo para além de meras tarefas organizacionais, sendo importante uma atitude terapêutica consciente, em cada uma das intervenções realizadas, mesmo as que se consideram mais rotineiras e simples. Conferindo intencionalidade terapêutica a cada ato de enfermagem, a dimensão da promoção da saúde e da adaptação à situação de doença, do autocuidado e da autoestima, elevam a promoção do empowerment na pessoa alvo de cuidados (Townsend, 2014).

Esta intencionalidade terapêutica observada, terá por base um corpo de conhecimentos científicos consistente, e por outro lado, a capacidade de comunicar e de estar em relação com o outro. O conhecimento existente conjugado com a experiência profissional torna as intervenções e modos de atuação intuitivos. Torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva habilidades que permitam a interpretação do outro, a forma como ele próprio comunica verbalmente ou não verbalmente e também a capacidade de analisar os fenómenos que ocorrem durante a relação (Chalifour, 2008).

Ainda no âmbito da dimensão da intencionalidade terapêutica, esta também se estende ao processo de observação, em que não estando em direto contato com a pessoa alvo de cuidados, o enfermeiro observa o seu comportamento, a sua interação com terceiros e a sua postura. Na observação, o enfermeiro não se limita a olhar o que está em seu redor.

Pelo contrário, faz uma análise crítica daquilo que vê, e de que forma os dados colhidos são relevantes para o restabelecimento de saúde física e mental do indivíduo (Phaneuf, 2002).

Esta competência é extremamente complexa, pois independentemente da área de Enfermagem especializada a que se faça referência, as formas de planeamento e estruturas de projeto e planos de intervenção, o estabelecer das relações terapêuticas são um desafio profissional, no sentido de dar resposta às necessidades do outro, mas também um desafio pessoal, no qual é cada enfermeiro enquanto pessoa, que se relaciona com o outro (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2002).

O domínio desta competência reatualiza e reinventa-se de forma constante, na medida que cada indivíduo alvo de cuidados, cada grupo terapêutico, cada comunidade, ao ter características diferentes, mobilizará características relacionais, e também os conhecimentos, distintos e individualizados (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2002, Peplau, 1990, Lopes, 2006).

Por sua vez, em contexto prático, desenvolvi aprendizagens que me permitiram desenvolver o meu autoconhecimento na relação com a pessoa alvo de cuidados e também no seio da equipa multidisciplinar. Saliento também a realização de intervenções baseadas na evidência científica, bem como a aquisição de conhecimentos através de métodos de pesquisa adequados e também o aproveitamento de oportunidades de aprendizagem em contexto de estágio. Também realizei um papel divulgador de conhecimentos científicos, no seio da equipa multidisciplinar, favorecendo a aprendizagem dos seus elementos que a constituem.

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018)

- Competência *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A presente competência assenta nos pressupostos essenciais do autoconhecimento, autoconsciência e desenvolvimento pessoal. Sendo o enfermeiro o próprio instrumento terapêutico na prática da Enfermagem de saúde mental

As caraterísticas dos indivíduos com doença mental, muitas vezes com a sua capacidade funcional alterada, bem como o seu grau acrescido de vulnerabilidade, acresce complexidade à componente relacional, que ganha relevância, pois, para além de prover conforto e disponibilidade para o indivíduo, é importante ter em conta o processo relacional complexo a estabelecer (Lopes, 2006).

Cabe ao enfermeiro desenvolver em si capacidades para promover o crescimento da confiança. O traçar de intervenções que transmitam o sentimento de calor e preocupação para com a pessoa alvo de cuidados, poderão desenvolver a imagem de um enfermeiro confiável, que mostra preocupação autêntica e recetivo às necessidades (Townsend, 2014; Peplau, 1990).

Esta capacidade de promover o desenvolvimento da confiança, entrelaça-se com o conhecimento pessoal que o enfermeiro tem de si. Esta aptidão de refletir sobre si próprio “torna-nos também abertos às emoções dos outros para as reconhecer e aceitar” (Phaneuf, 2002, p.17)

É de salientar que, no decorrer do estabelecer da relação de ajuda, poderão também emergir os mecanismos de defesa. Os mecanismos de defesa ocorrem como condutas, na maioria das vezes, inconscientes, que visam um conjunto de estratégias que o indivíduo desenvolve para se auto proteger. São defesas criadas para proteção face à própria vida, dos julgamentos vindos de terceiros e dos seus pensamentos e emoções (Phaneuf, 2002). O enfermeiro deverá estar desperto para este tipo de mecanismos, estando atento, de forma a identificá-los no decorrer da relação e também por observação do indivíduo. Caso não sejam detetados, quando ocorrem, podem levar a interpretações erróneas das situações presenciadas, que poderão levar ao prejuízo da pessoa alvo de cuidados.

Também aqui, considero ser necessário uma autoanálise profunda e consciente, que permita a identificação dos próprios mecanismos de defesa e adaptação, do enfermeiro especialista, que poderão condicionar a relação de ajuda a estabelecer e a sua manutenção. Considero ser importante a importância do tomar consciência do ‘ritmo’ do outro. Cada um tem os seus tempos para começar a confiar e de permitir o acesso a si, não devendo o enfermeiro impor os seus tempos. É de reforçar que “quando um sujeito vive uma dificuldade muito grande, chega normalmente a um momento em que ele sente a necessidade de falar dela” (Phaneuf, 2002, p.198).

Nos contextos de estágio e também na minha prática profissional, a relação impõe-se como principal ferramenta de atuação. A forma como nos colocamos nela, enquanto enfermeiro, e como nos desenvolvemos enquanto instrumento terapêutico é uma parte muito importante para o alcançar dos objetivos traçados, independentemente de ser em contexto de entrevista, quer no decorrer do turno (voltando aqui a importância da intencionalidade terapêutica).

Em caráter de reflexão, um aparente ‘mero fator’, como a ‘nossa disposição’ resultado do nosso contexto de vida no momento, ou um juízo de valor que surge automaticamente, pode ser o suficiente para comprometer o estabelecer da relação terapêutica.

Desta forma, pode ocorrer retrocessos nos ganhos a atingir com determinado plano de intervenção traçado, ao negligenciarmos o importante fator de nos conhecermos a nós próprios. Acrescento ainda a facticidade de que sermos limitados é uma característica de cada um de nós, contudo é importante a preocupação e superação, dentro de possível, das nossas barreiras relacionais.

Como aprendizagens concretas, no âmbito desta competência, saliento a identificação e reflexão sobre fatores internos e circunstanciais, bem como os fenómenos de transferência e contratransferência, que podem comprometer a relação terapêutica. Por outro lado, a importância do estabelecimento de limites desta mesma relação, permite o seu desenvolvimento de forma adequada, que espelha a tomada de consciência de mim própria de forma refletida e adequada. Esta competência, assume extrema importância, pois também o enfermeiro, como indivíduo, é sujeito a fatores externos e internos, que podem influenciar a sua atuação no momento da intervenção, exigindo esta tomada de consciência de forma madura e refletida.

Seguidamente abordarei as restantes Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica conjuntamente.

- Competência *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).
- Competência *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

- Competência *Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, 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* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sendo o ser humano pautado pela sua dinâmica de equilíbrio instável, em busca orientada, nos seus vários níveis, para o equilíbrio, tende a procurar a resposta para as suas necessidades (Peplau, 1990),

O ato de cuidar, em saúde mental, particularizado para cada pessoa, vai além do seu diagnóstico psicopatológico; o enfermeiro assume-se como um alicerce, que ajuda o indivíduo a gerir as suas vivências e o seu futuro em relação ao seu processo de doença. Por outro lado, o enfermeiro especialista assume também, no planeamento das suas intervenções e na identificação de situações potencialmente problemáticas, a existência de contextos, em que os indivíduos, ainda que sem uma necessidade de saúde mental efetiva, podem necessitar de apoio no desenvolvimento de estratégias mais adaptativas. Por outro lado, identifica-se a necessidade dos indivíduos serem incentivados a manter comportamentos e desenvolver estratégias que mantenham a sua saúde mental. (Peplau, 1990).

Neste sentido torna-se importante a literacia em saúde mental, na qual o enfermeiro especialista desenvolver ações que irão contribuir, não só para a otimização do estado de saúde mental dos indivíduos, mas também para, em situação de doença, apoiar o indivíduo alvo de cuidados e a sua família no conhecimento, e consequentemente, numa melhor forma de lidar com a doença mental e suas alterações inerentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em breve referência, o enfermeiro especialista ou não, bem como as várias áreas técnicas que trabalham na área da saúde, encontram-se com situações exigentes e stressantes, em que muitas das vezes, para além de prestadores de cuidados, são eles próprios instrumentos terapêuticos, como já referido. Neste sentido torna-se importante, e uma importante área de intervenção do enfermeiro especialista, a identificação da ‘pessoa’ referida nas competências em análise, no enfermeiro ou outro profissional de saúde. A existência de vários estudos no âmbito de saúde mental dos profissionais de saúde mostra a importância desta área de atuação (Martins, Cunha, Guerreiro & Marques, 2015; Cabral & Florentim, 2015; Rainho, Antunes & Monteiro, 2015).

Desta forma, a saúde mental dos profissionais é uma importante área de atuação a explorar de forma cada vez mais complexa, compreendida nas competências do enfermeiro especialista. Esta referência surge no sentido de que só com saúde mental se poderá cuidar dos outros, ainda mais considerando os desafios que são propostos no cuidado à saúde mental e doença mental, nas suas vertentes de otimização, prevenção e caráter curativo das intervenções.

Por sua vez, no âmbito das intervenções realizadas no contexto de estágio, permitiu o desenvolvimento de várias intervenções individuais (Anexo X), no sentido de contribuir para a recuperação da saúde mental dos indivíduos alvo de cuidados. Reforço aqui a importância da equipa multidisciplinar como meio essencial para a execução dos planos de intervenção traçados de forma mais eficaz e eficiente, comportando uma maior complexidade de abordagens.

No âmbito do projeto psicoterapêutico concetualizado, foi possível a mobilização de vários construtos científicos, de diversas áreas de intervenção, que permitiram a construção do mesmo, na sua visão e intervenção de Enfermagem na esfera do autocriticismo e dos estados depressivos.

Com o objetivo de dar resposta às necessidades de uma população específica, foi desenvolvido um projeto psicoterapêutico de caráter interventivo, em que foi priorizado a relação estabelecida entre o enfermeiro e o indivíduo alvo de cuidados como base de sustentação (Peplau, 1990; Lopes, 2006).

A partir desta base, e sustentando as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, bem como mobilizando as competências comuns do enfermeiro especialista, foi preconizado o enfermeiro especialista como ‘enfermeiro de referência’ e ‘enfermeiro gestor de caso’, com capacidade de liderança e representação do indivíduo alvo de cuidados, com e na equipa multidisciplinar.

No contexto prático, foi possível o desempenhar do papel de enfermeiro de referência, procurando a dinamização da equipa de enfermagem, em contexto de internamento, na criação e manutenção dos vários planos de intervenção, bem como a articulação com as várias áreas técnicas de saúde.

Apesar do contexto de doença mental inerente aos planos de intervenção, salienta-se as estratégias de promoção da saúde mental realizadas pela equipa multidisciplinar no

contato e apoio aos cuidadores informais e familiares dos indivíduos alvo de cuidados, nos quais também pude participar e contribuir no seu planeamento e reencaminhamento. No âmbito da competência *assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental*, saliento como principais aprendizagens, desenvolvidas em contexto prático, a avaliação de necessidades de saúde mental, a avaliação do contexto da pessoa alvo de cuidados e por sua vez, a avaliação das necessidades e contexto do cuidador informal e/ou família. Também saliento que na concetualização do projeto psicoterapêutico a avaliação das necessidades e dos contextos, tanto do indivíduo alvo de cuidados, bem como da sua família/cuidador informal, é um fator preponderante a ter em conta.

Por sua vez, a respeito da competência *ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*, identifico como principais aprendizagens adquiridas, a capacidade de identificação de problemas e necessidades específicas da pessoa alvo de cuidados e sua família/cuidador informal, bem como o planeamento e implementação de planos de intervenção e consequente monitorização, associado às necessidades levantadas. Também saliento que no desenvolvimento do projeto psicoterapêutico, também esta competência se encontra desenvolvida, tanto na sua concetualização, bem como na implementação dos planos a este associado.

Para finalizar, no âmbito da competência *presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossociais e psicoeducacionais, 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*, refiro como principais aprendizagens, na sua aquisição, a implementação de intervenções no âmbito da adesão terapêutica, a implementação de intervenções psicoterapêuticas associadas aos problemas de saúde mental, que promovam os processos de transição, bem como a implementação de intervenções psicossociais, que visem a inserção familiar, social e profissional no pós-alta.

Competências do Grau de Mestre segundo Diário da República (2016)

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam

e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

De forma a dar resposta às competências de mestre, invoca-se todo o percurso académico e contexto de estágio realizado, como um percurso de crescimento profissional, aquisição de conhecimentos científicos e relacionais, bem como o fomentar do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.

Particularizando, saliento a aplicação e integração de conhecimentos mobilizados no âmbito da concetualização do projeto psicoterapêutico em todo o seu desenvolvimento, salientando o intuito de dar resposta às complexas necessidades da psicopatologia depressiva, bem como à incorporação do fenómeno do autocriticismo.

Neste sentido, também as intervenções de enfermagem especializadas realizadas, partem da premissa da alocação de conhecimentos, de uma base teórica para um contexto prático. Salienta-se também a análise dos dados obtidos, no sentido estabelecer o sucesso das intervenções realizadas, bem como o desenvolvimento competências de investigação e análise crítica, como um processo de autoformação.

As competências de mestre encontram paralelismo com as várias competências comuns do enfermeiro especialista, bem como com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Abordando o processo de aprendizagens profissionais, com vista ao desenvolvimento da Enfermagem e das suas respostas, sendo estas em áreas gerais e na área específica de

especialização, bem como os processos de gestão e melhoria contínua, devem ter como objetivo o desenvolver estratégias organizacionais e interventivas com a maior adequação possível, tendo como finalidade a resposta às necessidades do indivíduo, família, grupos e comunidade.

Saliento também o aprofundamento do conhecimento científico através de métodos de pesquisa, de forma autónoma e auto-orientada e o desenvolvimento do artigo científico – revisão integrativa, em anexo no presente relatório. Também é de referir a concetualização do projeto psicoterapêutico, através do qual foi possível integrar conhecimentos científicos adquiridos, de forma a dar resposta às problemáticas identificadas e também o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, a sua monitorização, tratamento e análise dos dados obtidos, como um processo científico baseado na evidência.

ANEXO III – GUIÃO PADRÃO DE ENTREVISTA

1. Dados Sociodemográficos

- a. Sexo b. Idade
- c. Estado civil
- d. Agregado familiar/Com quem vive
- f. Situação laboral (empregado, desempregado, reformado)
- g. Habilitações literárias

2. Sintomatologia depressiva – de acordo com a sintomatologia referenciada no DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2014).

Internamento

- a. 1º Internamento no serviço de Psiquiatria? Sim ☐ não ☐
- 1. Se não, quantos internamentos anteriores e qual a razão?
- 2. Quando começou a sentir os primeiros sintomas da depressão?
- 3. Quando lhe foi diagnosticada a depressão?
- 4. Faz medicação? Se sim, qual?
- 5. Tem outra patologia do foro mental diagnosticada?
- 6. Tem outras patologias diagnosticadas?

Sintomatologia depressiva

b. Humor deprimido

- i. Como considera estar o seu humor?
- ii. Há quanto tempo considera ter o seu humor alterado?
- iii. Os seus familiares/amigos dizem-lhe que o seu humor está diferente?
- iv. Durante o dia, quanto tempo considera sentir-se assim?

c. Perda de interesse ou prazer

- i. Que atividades costuma fazer para se divertir e que lhe dão prazer?
- ii. Sente que antes tinha mais interesse em realizar essas atividades?
- iii. Considera que antes tinha mais atividades que gostava de fazer?
- iv. Consegue identificar razões para ter perdido o interesse nessas atividades?
- v. Tinha atividades que antes fazia com a sua família/amigos/vizinhos que agora já não faz?

d. Perda ou ganho significativo de peso

- i. Tem tido perda ou aumento de peso?
- ii. Tem sentido alteração no apetite?
- iii. Essas alterações do peso/apetite devem-se a algum fator que consiga identificar (fazer dieta, excesso de fome)?

e. Insónia ou hipersónia

- i. Tem tido alterações no sono?
- ii. Sente mais sono? Ou menos sono?

f. Agitação ou retardo psicomotor

- i. Sente-se mais lento ou mais inquieto nas últimas semanas?
- ii. A sua família/amigos também observam essas alterações?
- iii. Como se sente a realizar as suas tarefas habituais ou quotidianas?

g. Fadiga e perda de energia

- i. Sente-se muito cansado ou sem energia quase todos os dias?

h. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e inapropriada

- i. Como se sente em relação à sua vida e aos seus objetivos?
- ii. Por vezes sente-se culpado por estar doente?
- iii. Sente-se culpado por alguma coisa?

i. Capacidade de pensamento, concentração e indecisão diminuída?

- i. Como se sente com as decisões que tem de tomar na sua vida?
- ii. Com que facilidade consegue concentrar-se nas suas coisas?
- iii. Como considera que está a sua memória?

j. Pensamentos recorrentes de morte

- i. Alguma vez sentiu medo de morrer?
- ii. Alguma vez pensou em suicidar-se? Se sim, quais foram/são as razões para cometer o suicídio?
- iii. Pensa que os seus familiares amigos estariam melhor se morresse?

- iv. Traçou algum plano específico para o fazer?

k. Sofrimento psicológico e alteração de funcionalidade social/profissional/outra

- i. Sente que é pouco compreendido pelos outros?
- ii. Sente que tem havido alterações na sua vida social/familiar/profissional?
- iii. De que forma considera essas alterações?
- iv. Sente que faz um esforço extra para manter a sua vida normal e funcional?

ANEXO IV – ESCALA FSCRS

FSCRS

(Gilbert *et al.*, 2004)

(Tradução e adaptação: Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2005)

Instruções: Quando as coisas correm mal nas nossas vidas ou não estão a funcionar como queríamos e sentimos que podíamos ter feito melhor temos, por vezes, pensamentos e sentimentos negativos e auto-críticos. Estes podem tomar a forma de sentimentos de desvalorização, inutilidade, inferioridade, etc. No entanto, as pessoas podem, também, tentar auto-tranquilizarem-se, ou auto-encorajarem-se.

Estão descritos em baixo um conjunto de pensamentos ou sentimentos que as pessoas por vezes têm. Leia cuidadosamente cada um dos pensamentos/sentimentos e assinale com uma cruz aquela melhor descreve o quanto esse pensamento/sentimento se aplica a si (é verdadeiro no seu caso). Para isso utilize a seguinte escala de resposta.

Não sou assim	Sou um pouco assim	Sou moderadamente assim	Sou bastante assim	Sou extremamente assim
0	1	2	3	4

Quando as coisas correm mal:

	0	1	2	3	4
1. Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a).					
2. Há uma parte de mim que me inferioriza.					
3. Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.					
4. Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesmo(a).					
5. Perdoo-me facilmente.					
6. Há uma parte de mim que sente que não é suficientemente boa.					

	0	1	2	3	4
7. Sinto-me derrotado(a) pelos meus pensamentos auto-críticos.					
8. Continuo a gostar de quem sou.					
9. Fico tão zangado(a) comigo mesmo(a) que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo(a).					
10. Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo(a).					
11. Continuo a sentir que posso ser amado(a) e que ainda sou aceitável.					
12. Deixo de me importar comigo mesmo(a).					
13. É-me fácil gostar de mim mesmo(a).					
14. Lembro-me e penso muito sobre os meus fracassos.					
15. Chamo nomes a mim mesmo(a).					
16. Sou carinhoso(a) e cuido de mim mesmo(a).					
17. Não consigo aceitar fracassos e contratempos sem me sentir inadequado(a).					
18. Penso que mereço o meu auto-criticismo.					
19. Sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo(a).					
20. Há uma parte de mim que se quer libertar dos aspectos de que não gosta.					
21. Encorajo-me a mim mesmo(a) em relação ao futuro.					
22. Não gosto de ser como sou.					

ANEXO V: AUTORIZAÇÃO DO USO DA ESCALA FSCRS

Gmail - Pedido de acesso à Escala das Formas do Auto-Criticismo e Aut... <https://mail.google.com/mail/u/0?ik=b1830bbfa5&view=pt&si>



Veronica Pereira <veronicapereira.arquivo@gmail.com>

Pedido de acesso à Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização e a Escala das Funções de Auto-Criticismo e Auto-Ataque

paula castilho <paula[REDACTED]@gmail.com>
Para: veronicapereira.arquivo@gmail.com

15 de outubro de 2018 às 16:44

Verónica,
Autorizo que use nos seus estudos a Escala FSCRS.
A escala de FSCRS - Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização é uma escala robusta que mede três formas de relação interna: eu detestado, eu inadequado e eu tranquilizador
A escala das Funções não se usa por não ter boas psicométricas. Além de que as formas determinam em si mesmo as funções, autocorreção e auto-perseguição.

Envio a cotação da escala e a escala, assim como o artigo da aferição da FSCRS em amostras portuguesas.

Cotação directa.

Eu inadequado: 1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20

Eu detestado: 9, 10, 12, 15, 22

Eu tranquilizador: 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19, 21

Desejo-lhe boa sorte para a sua investigação.

Com os meus melhores cumprimentos

Paula Castilho

paula castilho <paula[REDACTED]@gmail.com> escreveu no dia segunda, 15/10/2018 à(s) 12:00:
Irei responder agora ate as 13h
ate ja

ANEXO VI – MODELO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL (ADAPTADO DE TOWNSEND, 2014).

Dados de Identificação	
Nome	Religião
Idade	Condições de Habitação
Gênero	Outras patologias
Ocupação	Medicação
Nível de escolaridade	Outros
Estado civil	
Alergias	
Descrição Geral	
<i>Aparência</i>	<i>Observações</i>
Apresentação e Vestuário	
Higiene	
Postura	
Altura e Peso	
Nível de Contato Visual	
Idade cronológica e idade que aparenta	
<i>Atividade Motora</i>	<i>Observações</i>
Tremores	
Tiques ou comportamentos estereotipados	
Maneirismos e gestos	
Agitação/lentificação	
Outros	
<i>Padrões de Discurso</i>	<i>Observações</i>
Lentidão/rapidez do discurso	
Pressão/entoação/volume	
Afasia	
Alterações da fala	

<i>Atitude Geral</i>	<i>Observações</i>
Cooperação	
Cordial/hostil/defensivo	
Apatia/atenção	
Emoções	
<i>Humor</i>	<i>Observações</i>
Depressivo/Desesperado	
Irritável	
Ansioso	
Eufórico	
Culpado/Temeroso	
Lábil	
<i>Afetividade</i>	<i>Observações</i>
Congruência com o humor	
Embotamento Afetivo	
Adequada/Inadequada	
Processos de Pensamento	
<i>Forma do pensamento</i>	<i>Observações</i>
Fuga de ideias	
Dissociação	
Circunstancialidade	
Tangencialidade	
Neologismo/Associação por Assonância/Salada de Palavras	
Pensamento concreto	
Perseveração/Ecolalia	
Pobreza de discurso/Mutismo	
Capacidade de Concentração	
<i>Conteúdo do Pensamento</i>	<i>Observações</i>
Delírios (persecutório; grandeza; referência; controlo ou influência;	

somático; niilista; intenções de morte; obsessões; paranoia; pensamento mágico; religioso; fobias)	
Verbalização do Conteúdo Delirante	
Perturbações Percetivas	
Alucinações (auditivas, visuais, táteis, olfativas, gustativas)	
Despersonalização	
Desrealização	
Capacidade Cognitiva e Sensorial	
Nível de vigilância/consciência	
Orientação (tempo; espaço; pessoa; circunstância)	
Memória (curto prazo e longo prazo; confabulação)	
Capacidade de pensamento abstrato	
Controlo de Impulsos	
Capacidade de controlar impulsos (agressão, hostilidade, medo, culpa, afeição, sentimentos sexuais)	
Juízo Crítico e <i>Insight</i>	
Capacidade de resolver problemas e tomar decisões	
Conhecimento sobre o <i>self</i>	
Uso adaptativo/mal adaptativo das estratégias de <i>coping</i> e mecanismos de defesa do ego	

ANEXO VII – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM A LINGUAGEM DA CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NIC *NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION* (BULECHECK *ET AL*, 2013, N.P.).

Intervenção Autonegligência	
Descrição: <i>conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceite</i>	
Atividades Principais de Enfermagem	Atividades Complementares
- Assistência no autocuidado: Atividades essenciais de vida diária - Controlo do humor - Melhoria da autoeficácia - Redução da ansiedade	- Controle de medicamentos - Controlo do ambiente - Fortalecimento da autoestima - Facilitação da autorresponsabilidade - Melhoria da habilidade de vida

Intervenção Baixa Autoestima situacional	
Descrição: <i>desenvolvimento da percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual</i>	
Atividades Principais de Enfermagem	Atividades Complementares
- Apoio à tomada de decisão - Controlo do humor - Facilitação do processo de culpa (mesmo que patológico) - Melhora da imagem corporal - Melhora do enfrentamento (melhora do papel; orientação antecipada, promoção da resiliência, treinamento da assertividade, valorização da socialização). - Apoio emocional	- Aconselhamento - Apoio emocional - Arteterapia - Construção de relação complexa - Melhora do sistema de apoio

Intervenção Desesperança	
Descrição: <i>estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor</i>	
Atividades Principais de Enfermagem	Atividades Complementares
- Apoio à tomada de decisão - Apoio emocional - Controlo de energia - Controlo do humor (construção de relação complexa, esclarecimento de valores, facilitação do crescimento espiritual, grupo de apoio, melhora da socialização, melhora do enfrentamento, melhora do sistema de apoio, melhora do sono, presença) - Promoção da esperança (terapia de recordações) - Estimulação cognitiva - Prevenção do suicídio	- Aconselhamento - Apoio espiritual - Assistência na automodificação - Assistência no autocuidado - Assistência no controle da raiva - Contrato com o paciente - Distração - Estabelecimento de metas mútuas - Musicoterapia - Terapia ocupacional - Promoção do exercício - Terapia com exercício: deambulação - Promoção das recordações

Intervenção Falta de Adesão	
Descrição: <i>comportamento da pessoa e/ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção de saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa e o profissional de saúde.</i>	
Atividades Principais de Enfermagem	Atividades Complementares
- Aconselhamento - Apoio à tomada de decisão - Assistência na automodificação - Educação em saúde - Ensino: medicamentos prescritos - Ensino: procedimento/tratamento	- Gerenciamento do caso - Grupo de apoio - Encaminhamento - Apoio ao cuidador - Facilitação da autorresponsabilidade

- Ensino: processo de doença	
- Melhora da autoeficácia	

Intervenção Controle do Humor	
Descrição: <i>promoção da segurança, estabilização, recuperação e manutenção de um paciente que está passando por humor deprimido de maneira disfuncional</i>	
Atividades Principais de Enfermagem	Atividades Complementares
- Avaliar o humor - Administrar questionários de autorrelato - Determinar se apresenta risco de segurança para si ou para os outros - Auxiliar a manter um ciclo normal de sono/vigília - Ensinar habilidades de tomada de decisão - Auxiliar a ventilar sentimentos de forma adequada - Auxiliar a identificar precipitantes de humor disfuncional	- Monitorizar a capacidade de autocuidado - Monitorizar o estado físico - Auxiliar a assumir responsabilidade crescente sobre o autocuidado - Ensinar habilidades de enfrentamento - Monitorizar adesão à medicação - Terapia familiar

Intervenção Risco de Suicídio	
Descrição: <i>risco de lesão autoinfligida que ameaça a vida</i>	
Atividades Principais de Enfermagem	Atividades Complementares
- Assistência no controlo da raiva - Redução da ansiedade - Controlo do comportamento autoagressão - Modificação de comportamento - Técnica para acalmar - Melhora do enfrentamento	- Restrição de área - Controlo de ideias delirantes - Controlo do ambiente - Terapia de grupo - Treinamento de assertividade - Reestruturação cognitiva - Terapia familiar

- Aconselhamento - Intervenção na crise - Facilitação do processo de culpa - Promoção da esperança	
Intervenção Reestruturação cognitiva	
Descrição: <i>estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor</i>	
Intervenções de Enfermagem	
- Auxiliar a aceitar o fato de que autoafirmações são mediadoras do despertar emocional - Auxiliar a entender que a incapacidade de conseguir comportamentos desejáveis frequentemente resulta de autoafirmações irracionais - Auxiliar a modificar autoafirmações irracionais para torná-las racionais - Destacar estilos de pensamento disfuncional - Auxiliar identificar a emoção dolorosa - Auxiliar a identificar os stressores percebidos - Auxiliar a identificar as próprias interpretações erradas sobre os stressores percebidos - Auxiliar a reconhecer a irracionalidade de determinadas crenças em comparação com a verdadeira realidade - Auxiliar a substituir interpretações erradas por interpretações mais baseadas na realidade de situações, eventos, interações estressantes - Fazer declaração/pergunta que desafie a percepção/comportamento, conforme apropriado - Fazer declaração que descreva forma alternativa de olhar para a situação - Auxiliar a identificar sistema de crenças que afeta o estado de saúde - Fazer uso do sistema de crenças habitual para perceber a situação de maneira diferente	

Intervenção Apoio ao Cuidador

Descrição: *fornecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por uma pessoa que não seja um profissional de saúde.*

Atividades de Enfermagem

Determinar o grau de conhecimento do cuidador
Determinar a aceitação do papel do cuidador
Reconhecer manifestações de emoção negativa
Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador
Explorar os pontos fortes e fracos com o cuidador
Reconhecer a dependência que o paciente tem do cuidador, conforme apropriado
Fazer declarações positivas quanto aos esforços do cuidador
Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades, conforme apropriado
Apoiar as decisões do cuidador
Encorajar a interdependência entre os familiares
Monitorizar os problemas de interação na família relativos ao cuidado do paciente
Ensinar a terapia do paciente ao cuidador, conforme as preferências do paciente
Ensinar técnicas ao cuidador para melhorar a segurança do paciente
Fornecer assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador por meio de telefonemas ou visitas do enfermeiro comunitário (*no presente projeto, este ponto seria assumido pelo enfermeiro gestor de caso*)
Explorar com o cuidador como ele está enfrentando a situação
Ensinar ao cuidador técnica de controlo de stresse
Encorajar o cuidador a participar em grupos de apoio
Reforçar a rede social do cuidador
Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e recursos comunitários
Discutir os limites do cuidador com o paciente
Fornecer encorajamento ao cuidador durante os momentos de contratempo do paciente
Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo

ANEXO VIII –QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS INDIVÍDUOS PARTICIPANTES NO PROJETO PSICOTERAPÊUTICO.

A Ordem dos enfermeiros (2001), no domínio satisfação do cliente, refere como contribuintes para um elevado nível de satisfação, associadas à prestação de cuidados de enfermagem, o respeito pela dimensão cultural, social e individual do indivíduo, a procura do estabelecimento de uma relação de empatia com o indivíduo e o empenho do enfermeiro em minimizar eventuais impactos negativos associados ao contexto de prestação de cuidados, que não seja o domicílio do indivíduo, a convocação do indivíduo no planeamento do seu plano de intervenção, bem como o envolvimento de familiares e significativos no processo de cuidados.

Partindo destas premissas, identifica-se a importância de avaliar a satisfação dos indivíduos participantes do projeto psicoterapêutico. Partindo de um modelo de avaliação de satisfação preestabelecido, que comporta sete indicadores de satisfação, sendo estes a acessibilidade, estrutura, organização e funcionamento, participação, qualidade dos serviços prestados, privacidade e apreciação global (Amaro, 2016), procedeu-se à sua adaptação às características do projeto psicoterapêutico.

Salienta-se que se preconiza duas avaliações de satisfação:

- No momento da alta do serviço de internamento (disponibilizado pelo ‘enfermeiro de referência’)
- No momento de conclusão do procedimento do projeto psicoterapêutico, no contexto do domicílio (disponibilizado pelo ‘enfermeiro gestor de caso’)

Salienta-se que em caso de abandono de participação do projeto, deve solicitar-se o preenchimento do questionário de avaliação de satisfação dos indivíduos participantes no projeto psicoterapêutico.

A avaliação do questionário é feito através do uso de uma escala de likert, de 1 a 4, em que as correspondências são: 1 (muito insatisfeito), 2 (insatisfeito), 3 (satisfeito) e 4 (muito satisfeito), tendo ainda como opção de resposta ‘não se aplica’ (NA) ou ‘não sei’

(NS). O resultado final é adquirido por média das respostas.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO - PROJETO PSICOTERAPÊUTICO

De forma a melhorar os nossos serviços gostaríamos de contar com a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Assim, agradecemos que avaliasse o serviço que prestamos, indicando o seu grau de satisfação. O questionário é anónimo.

Internamento ☐	Domicílio ☐					
Instruções de preenchimento: - Para cada uma das afirmações, avalie o seu grau de satisfação, assinalando o respectivo número com um círculo; - Caso não saiba responder a alguma afirmação pode assinalar NS (Não sei); - Se a afirmação não se aplicar à sua situação pode assinalar NA (Não se aplica); - A resposta a este questionário é anónima e confidencial e será usada única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.						
	1 Muito insatisfeito 	2 Insatisfeito 	3 Satisfeito 	4 Muito Satisfeito 	NS Não sei	NA Não se Aplica
Qual o seu grau de satisfação relativamente a:						
1. ACESSIBILIDADE						
1.1 Disponibilidade dos profissionais de saúde	1	2	3	4	NS	NA
1.2 Horário de atendimento do enfermeiro responsável	1	2	3	4	NS	NA
1.3 Facilidade em contactar o enfermeiro responsável	1	2	3	4	NS	NA
2. ESTRUTURA:						
2.1 Conforto (comodidade, temperatura, ambiente, ruído e iluminação) deste serviço	1	2	3	4	NS	NA
2.2 Limpeza das instalações	1	2	3	4	NS	NA
3. ORGANIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO:						
3.1 Rapidez com que o atendimento teve início em relação ao horário predefinido	1	2	3	4	NS	NA
3.2 Forma como os profissionais se identificam (nome, função) ao fazer o atendimento	1	2	3	4	NS	NA
3.3 Pontualidade com que foi atendido	1	2	3	4	NS	NA
4. PARTICIPAÇÃO:						
4.1 Participação no plano proposto	1	2	3	4	NS	NA
4.2 Envolvimento nas decisões	1	2	3	4	NS	NA
4.3 Informação sobre a forma como decorreram as consultas	1	2	3	4	NS	NA
5. QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS:						
5.1 Tempo de atenção prestada	1	2	3	4	NS	NA
5.2 Qualidade dos cuidados recebidos	1	2	3	4	NS	NA
5.3 Informação sobre as estratégias	1	2	3	4	NS	NA
6. PRIVACIDADE:						
6.1 Respeito pela privacidade	1	2	3	4	NS	NA
7. APRECIACÃO GLOBAL:						
7.1 Apreciação global	1	2	3	4	NS	NA
8. SUGESTÕES E COMENTÁRIOS						
8.1 Indique, por favor sugestões de melhoria deste serviço						

Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO IX – GUIÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO PSICOTERAPÊUTICO ‘DA DEPRESSÃO À AUTOCOMPAIXÃO’



Projeto Psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’

Linhas Orientativas - Guia de apoio à sua implementação

ÍNDICE DO GUIÃO DE APOIO

1.0 Projeto Psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’

1.1. A quem se dirige o projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’?

1.2. Objetivos do Projeto Psicoterapêutico

1.3. Recursos Necessários

1.4. Como referenciar para o Projeto Psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’

1.5. Fases do Projeto Psicoterapêutico ‘Da de Depressão à Autocompaixão’

1.6. Como avaliar os resultados do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’ – indicadores propostos.

1.7. Procedimentos éticos e deontológicos

2. Quadro Concetual – linhas de apoio ao Projeto Psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’

2.1. Autocriticismo e Autocompaixão – Breve Abordagem

2.2. Como desenvolver o processo de intervenção de Enfermagem

2.3. O enfermeiro gestor de caso

2.4. Teoria Explicativa da Relação Enfermeiro-Doente - Modelo de Relação de Ajuda

2.5. Teoria das Relações interpessoais ou Enfermagem Psicodinâmica

Anexo – Plano de Intervenção Individual Padrão

1.O Projeto Psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’

O presente projeto psicoterapêutico tem como objetivo ser uma ferramenta de atuação, que complemente e oriente os planos de intervenção planeados no âmbito da depressão, numa abordagem que se inicia no internamento e que se mantém no domicílio, até à estabilização do estado de saúde do indivíduo com diagnóstico de depressão *major*.

Pretendendo uma abordagem cognitiva e emocional da depressão, para além da avaliação da sintomatologia da depressão, aborda-se também o fenómeno do autocriticismo.

O fenómeno do autocriticismo, surge associado à autoavaliação e autojulgamento negativos, que ocorrem internamente no indivíduo, a respeito das falhas e erros por si percebidas, mas não totalmente reais ou significativas. Este fenómeno, como predisposição da personalidade do indivíduo, relaciona-se intimamente com a depressão. Por sua vez, surge o fenómeno da autocompaixão, caraterizado pela capacidade de autotranquilização do indivíduo, funcionando como um sistema de regulação protetor (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer 2006; Shahar, Doron & Szepeswol 2015).

1.1. A quem se dirige o projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’?

O presente projeto dirige-se a indivíduos adultos com diagnóstico de perturbação depressiva major. Tendo sido definidos como critérios de inclusão para este os seguintes pontos: - Indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major e - Indivíduos em idade adulta, como já referido.

Por outro lado, são identificados como critérios de exclusão de participação, - Indivíduos com dificuldade intelectual; - Indivíduos com limitações graves de comunicação verbal e - Indivíduos em estado de descompensação clínica (assumindo-se o estado de descompensação como a ausência de juízo crítico).

1.2. Objetivos do Projeto Psicoterapêutico

O presente projeto tem definidos os seguintes principais objetivos:

- Explorar o papel significativo do autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’) e autocompaixão (eu tranquilizador) na perturbação depressiva major.
- Planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem especializadas no âmbito do autocriticismo, autocompaixão e sintomatologia depressiva.
- Diminuir níveis de autocriticismo e sintomatologia depressiva após intervenções realizadas.
- Aumentar níveis de autocompaixão após intervenções realizadas.
- Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas integradas nas intervenções da equipa multidisciplinar.
- Diminuir número de reinternamentos dos indivíduos com perturbação depressiva major.
- Aumentar o sucesso da reintegração social e profissional dos indivíduos com perturbação depressiva major.

1.3. Recursos Necessários

- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (afeto ao serviço de internamento).
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (afeto ao serviço de Consulta Externa/Serviços Domiciliários).
- Equipa multidisciplinar do Serviço de Internamento
- Equipa multidisciplinar do Serviço de Consulta Externa/Serviço Domiciliários

1.4. Como referenciar para o Projeto Psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’

O presente projeto, ao ser iniciado no serviço de internamento, pressupõe a sua referência nesse momento. Cumprindo os critérios anteriormente descritos, e tendo em conta a participação voluntária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major, legitima-se a inclusão no serviço.

1.5. Fases do Projeto Psicoterapêutico ‘Da de Depressão à Autocompaixão’.

1ª Fase – 0 a 6 semanas

Esta fase inicia-se no período de internamento, após estabilização do utente, identificando-se a presença de juízo crítico sobre a sua situação de doença.

Em primeiro lugar, deve ser identificado o ‘enfermeiro de referência’ do utente, que trabalhará de forma individual com o utente, em articulação com a equipa multidisciplinar, bem como irá ser responsável pelo planeamento da alta e articulação com o serviço de Consultas Externas/Serviços Domiciliários.

É importante a realização de uma avaliação inicial completa, em contexto de entrevista, que permita a recolha de informações sobre a sintomatologia depressiva e evolução da doença, bem como dados sociodemográficos e outras informações, necessidades, expetativas e eventos de vida que o utente expresse.

A respeito dos níveis de autocriticismo e autocompaixão, poderá utilizar-se o instrumento de medida Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (Castilho & Gouveia, 2011). Salienta-se que o uso da referida escala carece de aprovação por parte dos autores citados e presentes na bibliografia.

Depois da 1ª avaliação feita, desenvolver-se-á um plano de intervenção individual adequado (estrutura opcional de plano de intervenção individual em anexo), validado com a equipa multidisciplinar, preconizando-se **duas sessões individuais por semana**.

Destaca-se intervenções de Enfermagem padrão identificadas, em que o desenrolar interventivo deve ser adaptado às características do indivíduo alvo de cuidados, bem como pode ocorrer a identificação de outras problemáticas ou necessidades. Salienta-se que as principais intervenções levantadas não são prioridade de nenhuma das fases, antes são abordadas, em todas elas, até a remissão/estabilização da psicopatologia. A complexidade da depressão não permite uma abordagem estruturada, antes pelo contrário, as intervenções de enfermagem interligam-se e são trabalhados de forma conjunta, sem ser perceptível as suas fronteiras.

Seguem-se as intervenções padrão identificadas, usando a linguagem *Nursing Interventions Classification*):

- Intervenção Autonegligência (Definida pelo *conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceite* (Bulecheck et al, 2013, n.p.)).

Compreendendo os sintomas de fadiga, lentificação psicomotora, concentração diminuída, sentimentos de desvalorização, entre outras, o indivíduo com diagnóstico de depressão *major* apresenta um prejuízo no autocuidado, sendo necessário o apoio do enfermeiro para recupere a sua funcionalidade a autonomia (Townsend, 2011, Amaral, 2010)

- Intervenção Baixa Autoestima Situacional (Definida pelo *desenvolvimento da percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual* (Bulecheck et al, 2013, n.p.)).

Os sintomas de culpa excessiva e inadequada, sentimentos de desvalorização, pensamentos recorrentes de morte, muitas vezes associado ao sentimento de inferioridade pelo diagnóstico de psicopatologia associado, bem como atitudes estigmatizantes à doença mental, traduzem-se em baixa autoestima (Townsend, 2011). Associando os sentimentos de inferioridade, inadequação e autopunição associados ao autocriticismo (Gilbert, 2004), torna importante a abordagem do desenvolvimento de emoções positivas e de autotranquilização, de forma a responder às cognições e emoções negativas, que geram sentimentos de desvalorização também contribuintes para a diminuição da autoestima.

- Intervenção Desesperança (Definido por *estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor* (Bulecheck et al, 2013, n.p.)).

Fazendo referência aos sintomas descritos na intervenção anterior, a desesperança é um estado experimentado no indivíduo com depressão, bem como se relaciona diretamente com o autocriticismo.

- Intervenção Controle do Humor (Definido por *promoção da segurança, estabilização, recuperação e manutenção de um paciente que está passando por humor deprimido de maneira disfuncional* (Bulecheck et al, 2013, n.p.)).

Com esta intervenção pretende-se dar resposta ao sintoma humor deprimido, salientando-se que este é um o sintoma central dos quadros depressivos (*American Psychiatric Association*, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

- Intervenção Risco de Suicídio (Definido por *risco de lesão autoinfligida que ameaça a vida* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.)).

Sendo o suicídio em relação com a depressão, um fenómeno crescente, trágico e irresolúvel, é de extrema importância a valorização dos pensamentos recorrentes de morte. Numa primeira instância, para proteger o indivíduo de si mesmo, e por outro lado, com a finalidade de desenvolver estratégias personalizadas, que permitam a alteração deste processo cognitivo disfuncional. Salienta-se que associado ao risco de suicídio, existe, uma resposta emocional muito intensa e devastadora, que traz grande sofrimento psíquico (*American Psychiatric Association*, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

- Intervenção Reestruturação Cognitiva (Definido por *desafio ao paciente para alterar padrões de pensamento distorcidos e perceber a si e o mundo de forma mais realista* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.)).

Esta intervenção, de carácter bastante complexo, pretende dar resposta aos pensamentos automáticos e distorções cognitivas associadas à depressão, bem como o carácter negativo, do ponto de vista emocional, que também as acompanha (Gilbert, 2004).

- Intervenção Falta de Adesão (Definido por *comportamento da pessoa e/ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção de saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa e o profissional de saúde* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.)).

A adesão terapêutica é um dos pilares principais, que permite o processo de estabilização clínica do indivíduo, e por sua vez, permite a sua recetibilidade às intervenções traçadas, bem como o seu sucesso. O cumprimento correto do regime terapêutico e medicamentoso permite um controlo da sintomatologia, mas eficiente e eficaz (Townsend, 2011, Saraiva & Cerejeira, 2014).

- Intervenção Apoio ao Cuidador (definido por *fornecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por uma pessoa que não seja um profissional de saúde* (Bulecheck *et al*, 2013, n.p.)).

Por sua vez, o apoio ao cuidador informal, é de extrema importância, uma vez que este cuidador, normalmente um membro da família, assume as funções de assistência, a determinado indivíduo, que por diversos motivos, se vê a sua capacidade atingida, necessitando de ajudar de terceiros para realizar as atividades necessárias à sua existência. Contudo, o papel de cuidador informal, é muito exigente, podendo levar à sobrecarga e a problemas físicos e psicológicos de quem cuida. Torna-se importante o acompanhamento do cuidador informal, no sentido de lhe oferecer o cuidado e assistência necessária (Sequeira, 2018).

Ainda nesta 1ª fase, é importante explorar a dinâmica do grupo terapêutico, em que preconizando uma sessão de grupo por semana, se pretende abordar temáticas como a vivência da depressão, a representação positiva dos indivíduos e definição e comprometimentos com objetivos de vida. O enfermeiro deverá liderar o grupo em torno do tema selecionado, fomentando a expressão dos indivíduos, bem como o fomentar de interações, que poderão trazer conteúdos motivacionais e de compreensão importantes. É também importante abordar o grupo, no sentido de identificar pontos de interesse a explorar nestas sessões, comprometendo-os e tornando-os partes ativas no seu processo de cura.

Para finalizar a 1ª fase, desenvolve-se o processo de preparação para a alta. Neste ponto, surge o enfermeiro da consulta externa/serviços domiciliários, como gestor de caso. Neste sentido, este irá assumir o processo de gestão de caso, na comunidade, reunindo-se com o enfermeiro de referência do internamento, bem como com o utente (e família, se necessário). Desta forma, o enfermeiro gestor de caso inteira-se da evolução do utente, bem como a forma como o processo terapêutico foi conduzido, de forma a dar-lhe continuidade. Reavalia-se a necessidade de reencaminhar o utente e/ou família para estruturas específicas, como a terapia familiar ou o serviço social. Aqui preconiza-se três reuniões, contudo este número é variável consoante a complexidade do caso.

A preparação para a alta deverá ser um processo conjunto, traçado individualmente para cada utente, em que o enfermeiro de referência do internamento (em representação da equipa multidisciplinar), o enfermeiro gestor de caso e o indivíduo alvo de cuidados (e eventualmente a sua família ou cuidador), devem planear os próximos passos. Através

deste planeamento é possível delinear estratégias a desenvolver em contexto de domicílio, bem como conhecer a dinâmica do processo de gestão de caso e os seus benefícios.

Particularizando para o autocriticismo, no período de preparação da alta, deve proceder-se a uma nova aplicação da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, que em conjunto com a evolução sintomatológica do indivíduo, permite avaliar o caminho percorrido, e por outro lado, identificar um conjunto de informação, que serve como base de atuação para o enfermeiro gestor de caso.

2ª Fase – 6 a 12 semanas

Na 2ª fase, o enfermeiro gestor de caso deverá preconizar uma visita semanal, por parte da equipa multidisciplinar, promovendo ainda intervenções de enfermagem, alinhadas com o progresso desenvolvido no internamento, bem como os novos objetivos identificados.

Mantém-se importante a monitorização da sintomatologia depressiva, dando ênfase a eventuais alterações cognitivas, bem como o reforçar da importância do regime medicamentoso e da sua adesão.

Nesta fase é importante avaliar a dinâmica familiar, compreendendo a necessidade de eventual encaminhamento para a terapia familiar, por necessidades ou dificuldades que possam surgir no período pós-alta. Por outro lado, na ausência de familiares ou outros elementos de suporte informais, torna-se importante equacionar a necessidade de um apoio mais frequente, tanto da parte do enfermeiro gestor de caso e a sua equipa, bem como o reencaminhamento para outras estruturas.

O enfermeiro gestor de caso deve estar desperto para todas as eventuais necessidades que possam surgir, procurando o reencaminhamento para as estruturas adequadas, procurando defender os interesses do indivíduo alvo de cuidados.

Por outro lado, no contexto de domicílio, a frequência de um grupo de autoajuda, constitui uma mais valia, contribuindo como um fator de motivação e promoção da autoestima e também o quebrar do isolamento e sentimentos de inutilidade e falta de pertença, que muitas vezes caracterizam o indivíduo com diagnóstico de depressão.

No final da 2ª fase preconiza-se uma nova avaliação através da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, bem como a sintomatologia e outros fatores importantes para o tratamento do indivíduo.

3ª Fase – 12 semanas até remissão/estabilização do quadro psicopatológico.

Nesta fase, o enfermeiro gestor de caso, começa a espaçar as visitas domiciliárias, propondo uma frequência quinzenal ou mensal. O seu papel remete-se para a supervisão do caso, fomentando a autonomia do indivíduo.

Compreendendo o estado do indivíduo, e tendo como objetivo a reintegração e inclusão do indivíduo na sociedade, convoca-se o indivíduo para comparecer na consulta, abandonado o regime de visitação domiciliária, no sentido de que este desenvolva comportamentos e atitudes de proatividade e de decisão. Procura-se que o indivíduo consiga pedir ajuda caso tenha uma recaída.

Com a equipa multidisciplinar, procura-se soluções sociais e profissionais para o indivíduo alvo de cuidados, que poderão passar pela manutenção ou procura de um emprego, pelo apoio de estruturas como os centros dia, bem como o fortalecimento do apoio ao cuidador informal, caso ocorra esta situação.

Deve proceder-se novamente à avaliação da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, bem como a identificação da sintomatologia depressiva, de forma a complementar a fase final de resolução deste processo interventivo.

Conseguindo-se a remissão/estabilização clínica, e após reavaliação do processo de gestão de caso, é-se confrontado com um acompanhamento espaçado no tempo ou com o fim da relação terapêutica.

1.6. Como avaliar os resultados do projeto psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’ – indicadores propostos.

A avaliação dos resultados do projeto terapêutico, considerando os resultados como a evolução no estado dos indivíduos alvo de cuidados, estabeleceu-se os seguintes

indicadores de resultado, bem como os resultados esperados, respeitantes aos indivíduos participantes no projeto psicoterapêutico [NOME DO PROJETO]:

Níveis de níveis de autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’)

Resultado esperado: Diminuição dos níveis de autocriticismo (nas suas formas ‘eu inadequado’ e ‘eu detestado’)

Instrumento de medida: Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (Castilho & Gouveia, 2011)

Níveis de autocompaixão (na sua forma de ‘eu tranquilizador’)

Resultado esperado: Aumento dos níveis de autocompaixão (na sua forma de ‘eu tranquilizador’)

Instrumento de medida: Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (Castilho & Gouveia, 2011)

Número de sintomas depressivos

Resultado esperado: Diminuição do número de sintomas depressivos

Instrumento de medida: Estabelecer comparativamente o quadro sintomatológico inicial e quadro sintomatológico final.

Número de reinternamentos dos indivíduos com perturbação depressiva major participantes no projeto psicoterapêutico

Resultado esperado: Diminuição do número de reinternamentos dos indivíduos com perturbação depressiva major.

Instrumento de medida: através da requisição/consulta de dados de internamento estabelecendo comparativamente o número de internamentos existentes antes e depois da participação no projeto em período a definir (por exemplo: avaliação do número de internamentos 3 anos antes do projeto, avaliando depois nos próximos 3 anos).

Número de processos de reintegração social e profissional dos indivíduos com perturbação depressiva major em participantes do projeto psicoterapêutico.

Resultado esperado: percentagem de processos de reintegração social e profissional dos indivíduos com perturbação depressiva major participantes no projeto psicoterapêutico desenvolvidos com sucesso superior a zero.

Instrumento de medida:

$$\left(\frac{n.^{\circ} \text{ de processos de reintegração} - n.^{\circ} \text{ processos de reintegração sem sucesso}}{n.^{\circ} \text{ de processos de reintegração}} \right) \times 100$$

Satisfação dos indivíduos participantes no projeto psicoterapêutico.

Através de Questionário de Avaliação de Satisfação (questionário de avaliação da satisfação em anexo)

Adesão ao projeto psicoterapêutico nas suas várias fases.

Resultado esperado: o número de indivíduos que participe no processo seja mesmo número de indivíduos que se mantenham no projeto no pós-alta, e por sua vez que seja o mesmo número na fase de conclusão do projeto.

Instrumento de avaliação: identificação da participação dos indivíduos nos três momentos acima definidos.

1.7. Procedimentos éticos e deontológicos

Para o desenvolvimento do presente projeto deve ter-se em conta o cumprimento de todas as diretivas éticas e deontológicas associadas à profissão de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Desta forma, atesta-se a salvaguarda da confidencialidade e privacidade de todos aqueles que poderão colaborar no desenrolar deste projeto terapêutico. Salientando-se que foi tida em conta a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013).

Considera-se importante referir, que para além da salvaguarda da confidencialidade e privacidade os indivíduos alvo de cuidados, é importante a compreensão, de que no desenvolvimento de um projeto psicoterapêutico, conjuntamente com o fato deste ainda não ter testada a sua eficácia, bem como as suas limitações, há outros fatores a ter em conta. Os contextos de entrevista, explorando conceitos, ainda que no papel teóricos, encontram dimensões vastas na vida das pessoas, pelo que o suscitar aspetos íntimos e

dolorosos, é um ponto muito importante a ter em conta. O enfermeiro deve estar preparado, não apenas para identificar e explorar aspetos alterados e/ou disfuncionais, mas também para prover o cuidado necessário, tanto nas suas intervenções, como no seio da equipa multidisciplinar, compreendendo a fragilidade que tal processo pode suscitar.

2. Quadro Concetual – linhas de apoio ao Projeto Psicoterapêutico ‘Da Depressão à Autocompaixão’

2.1. Autocriticismo e Autocompaixão – Breve Abordagem

O autocriticismo caracteriza-se como uma estratégia adaptativa, normalmente disfuncional, que visa dar resposta a situações de ameaça. Por sua vez, surge em contrapartida, o conceito de compaixão, que visa a autotranquilização, por meio do afeto positivo (Gilbert, 1989, 2005).

A autocompaixão surge como um fator de regulação emocional, que permite o criar de um distanciamento de situações ou pensamentos geradores de sofrimento, ao invés do autocriticismo, que desenvolve sentimentos de vergonha e culpa, de forma desproporcional, a respeito do acontecimento que o suscitou (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert *et al*, 2004; Berking & Whitley, 2014).

Explorando o conceito do autocriticismo, este é caracterizado como uma relação interna, alicerçada na internalização de uma relação hostil-dominante, através da qual é ativado o sistema de processamento defesa-ameaça (Gilbert, 2005).

O autocriticismo, na sua dinâmica de autocondenação, desenvolve uma experiência de perseguição interna, na qual procura identificar todos os defeitos ou falhas percecionadas. Desta experiência, derivam sentimentos de vergonha, que provocam sentimentos de impotência e de dominação, sobre quem os vivencia. Por sua vez, na tentativa de resposta a tais pensamentos de autocritica, o grau de vulnerabilidade para estados depressivos é aumentado (Gilbert, 2004, 2001).

Associado a elevados graus de autocriticismo, o volume de pensamentos autocríticos é muito aumentado, sendo que, para além dos sentimentos de vergonha já referidos,

associa-se sentimentos de fraqueza e de incapacidade para lidar com tais pensamentos, resultado em depressão (Whelton, 2000; Zuroff, *et al*, 1999)

Desta forma, elevados níveis de autocriticismo definem-se como uma caraterística de personalidade, identificada como uma vulnerabilidade específica para a depressão (Gilbert, 2002; Blatt, 2004; Castilho & Gouveia, 2011)

Uma ativação disfuncional da mentalidade *ranking* social, por elevado autocriticismo, aumenta o risco do desenvolvimento de psicopatologias, associada a sentimentos de subordinação, inferioridade, vergonha e rejeição, o que atestam a vulnerabilidade dos indivíduos com tais caraterísticas (Gilbert *et al*, 2004; Castilho & Gouveia, 2011).

Salienta-se, que para além dos sentimentos de auto-ataque, o autocriticismo também se associa à dificuldade em experienciar sentimentos de tranquilização e autocompaixão (Gilbert, *et al*, 2004).

Partindo desta premissa, é importante que no processo de intervenção, se tenha em conta, não apenas a redução de sentimentos de autopunição e de fraqueza, mas também o desenvolver de mecanismos de autocompaixão e aceitação (Castilho, 2011; Gilbert & Procter, 2006).

O modelo de Gilbert sobre o autocriticismo identifica duas funções a este associado – auto-correção e auto-ataque – que encontram expressão nas formas do eu inadequado e do eu detestado, medidas através do instrumento *Forms of Self- Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (Gilbert *et al*, 2004) na sua versão portuguesa, Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, e validada para esta população (Castilho & Gouveia, 2011); estas duas formas encontram-se correlacionadas com estados depressivos (Gilbert *et al*, 2004).

O eu inadequado, carateriza-se por um sentimento autocrítico, que fomenta sentimentos de inadequação e inferioridade, desenvolvendo um sentimento de inferioridade, fracasso e diminuição face aos outros, incidindo sobre os erros cometidos e na dificuldade em os aceitar, bem como uma procura constante por pontos a melhorar (Gilbert *et al*, 2004; Castilho, 2011).

Por sua vez, o eu detestado pauta-se por uma forma de eu agressiva e autopunitiva, que desenvolve no indivíduo sentimentos de repugnância, aversão, agressão e punição sobre o eu (Gilbert *et al*, 2004; Castilho, 2011).

Neste modelo associa-se uma terceira forma, denominada eu tranquilizador, que tem um carácter positivo, como mediador do eu detestado, que se relaciona com o conceito de autocompaixão. Salienta-se a importância do conceito de autocompaixão, através do qual é possível uma resposta do indivíduo, mais adaptativa às falhas ou erros que identifica, encerrando em si um carácter protetor (Gilbert *et al*, 2004).

2.2. Como desenvolver o processo de intervenção de Enfermagem

Por sua vez, no que concerne a respeito dos *principais pressupostos de intervenção*, que servem de base aos planos de intervenção, torna-se importante referir que na génese dos estados depressivos, é identificado alterações cognitivas, que direcionam o pensamento, de forma automática e seletiva, sobrevalorizando experiências negativas, bem como desconsideram, ou até mesmo não identificam, experiências positivas e gratificantes (Beck, 2013).

Neste sentido, a identificação e modificação dos pensamentos automáticos negativos, muitas vezes associados a estruturas de crenças, é a primeira linha de estratégia a ter em conta nos planos de intervenção a traçar, incorporando-se nos planos de intervenção, a preocupação pelas alterações cognitivas referidas, traduzida por intervenções a este nível (Beck, 2013; Stickley & Wright, 2014; Townsend, 2011; Saraiva & Cerejeira, 2014).

A respeito do fenómeno autocriticismo, torna-se importante referir que estudos realizados na esfera do autocriticismo, associada a estados depressivos, identificaram uma clara correlação positiva entre os elevados níveis de autocriticismo e a sintomatologia depressiva era positiva (Straccamore *et al*, 2017, Dagnino *et al*, 2017).

Contudo, foram identificados resultados pouco satisfatórios na evolução positiva dos estados depressivos, em casos em que o trabalho se desenvolveu apenas sobre as cognições negativas (Castilho 2011; Rector, Bagby, Segal, Joffe & Levitt, 2000).

Por outro lado, foi verificada a redução dos níveis de autocriticismo, através da terapia focada na compaixão, levando a uma resposta emocional positiva e compassiva associada a uma resposta cognitiva, também esta positiva, apresentando melhores resultados na sua conjugação. A partir desta é possível o desenvolvimento da autocompaixão para

superação da vergonha e de graves níveis de autocriticismo (Ehert *et al*, 2015; Castilho, 2011; Gilbert *et al*, 2006).

Neste sentido, procurando identificar estratégias que respondam à alteração emocional, associada à resposta cognitiva, identificou-se bons resultados associados a intervenções no âmbito da reestruturação cognitiva, bem como a promoção da autoestima, funcionando também como estratégia motivacional (Maia, Correia & Leite, 2009; Stickley & Wright, 214; Townsend, 2011).

No âmbito da promoção da autoestima, enquanto construto cognitivo e emocional, necessário a uma saúde mental saudável, é uma tarefa complexa, em indivíduos com depressão. Sendo o autoconceito uma componente cognitiva, baseada num dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e opiniões sobre si próprio (Townsend, 2011), é compreensível que também esta visão de si se encontre alterada, devido às alterações cognitivas verificadas nos estados depressivos.

Neste sentido, a autoestima, referindo-se ao grau de consideração e respeito que o indivíduo tem por si próprio, das suas capacidades e julgamentos (Townsend, 2011), é trabalhada em alinhamento com a reestruturação cognitiva, que para além de abordar cognições alteradas sobre o que pensa sobre as situações, também abordará o que pensa sobre si, e da forma como se considera.

Desta forma, a identificação de capacidades e qualidades positivas do indivíduo, desenvolve uma base de sustentação positiva, através da qual o indivíduo se pode motivar sobre o seu valor (Gilbert, 2013).

Por sua vez, a respeito do autocriticismo, este reflete-se nas alterações cognitivas, expressas através de sentimentos de hostilidade, desprezo e repugnância dirigidas a si mesmo, traduzidas em sentimentos de vergonha (Gilbert, 2000; Zuroff *et al*, 2005; Whelton & Greenberg, 2005). Esta incapacidade de experimentar sentimentos de aceitação e tranquilização, encontra paralelismo nas alterações cognitivas autodirigidas, associada aos estados depressivos (Gilbert, 2005, 2000). Neste sentido, de forma a trabalhar a componente emocional, procura-se desenvolver pensamentos compassivos, como forma de treino, de forma a desenvolver a autocompaixão.

Neste processo, pretende-se o desenvolvimento do ideal de compaixão, centrado no indivíduo e centrado nos que o rodeiam. Desta forma, deve incentivar-se o indivíduo a idealizar a sua imagem de compaixão, e a partir desta personificá-la e objetivá-la, de forma a convocá-la quando se confronta com alterações cognitivas negativas. Procura-se que o indivíduo se visualize a utilizar a autocompaixão com os outros (numa conversa, no contexto profissional) e por outro lado, utilizar a compaixão em si mesmo (sustentando autoimagens de felicidade, bem como de situações problemáticas, em que consegue sobrepor-se aos problemas, conseguindo resolvê-los ou aceitá-los, sem prejuízo cognitivo ou emocional) (Gilbert, 2013, 2014).

Outro ponto importante diz respeito à psicoeducação, que se caracteriza por um conjunto de intervenções que levam o indivíduo alvo de cuidados identificar e compreender a doença que o atinge, bem como os sintomas associados (Maia, Correia & Leite, 2009).

O enfermeiro, deve demorar-se neste ponto, no sentido de que só com a compreensão do processo de doença, é possível identificar que ‘aquilo que sinto’ é fruto de um sintoma, e não o que se é na realidade. Na esfera dos estados depressivos, este ponto ganha especial relevo, pois a compreensão, por exemplo, de que sentimentos associados a culpa excessiva ou sentimentos de inutilidade, não se relacionam com as competências do indivíduo, mas sim com a experimentação de determinada sintomatologia (Maia, Correia & Leite, 2009; Townsend, 2011).

É importante salientar o ponto da adesão ao regime terapêutico e medicamentoso. Não sendo o enfermeiro responsável pela prescrição de psicofármacos, o enfermeiro deve deter conhecimento sobre esta área, incentivando o indivíduo no cumprimento do regime medicamentoso prescrito, bem como a esclarecer dúvidas, normalmente relacionadas com os efeitos secundários, e por outro lado, estabelecer a ponte com a equipa médica, caso exista alterações importantes, associadas à toma de medicamentos, reforçando, junto do utente, a importância da adesão medicamentosa na estabilização clínica (Townsend, 2011).

2.3. O enfermeiro gestor de caso

A gestão de caso é um método bastante usado nos Estados Unidos da América, mas que tem vindo a ser generalizado para outros países, inclusive Portugal.

Em Portugal, a metodologia de gestão de casos, na disciplina de Enfermagem, encontra materialização nas Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com a premissa de promover ao indivíduo o acesso aos recursos necessários, bem como as escolhas mais ajustadas à suas necessidades de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este processo de intervenção, caracteriza-se como uma tecnologia para microgestão de intervenções clínicas, integradas, como respostas, nos sistemas de saúde. É caracterizado por uma sequência de pontos, integrados num processo interativo, que permite uma resposta adequada a cada indivíduo. É também caracterizada por ter um custo acessível em comparação com outras formas de intervenção, nomeadamente o recurso a internamentos sucessivos (Casarin, Villa, Gonzales, Freitas, Caliri, Sassaki, Monroe, 2002)

O processo de gestão de caso pode ser também definido como um processo que, por articulação de várias áreas técnicas, permite o diagnóstico, planeamento, coordenação de serviços, encaminhamento, monitorização e avaliação, com objetivo de dar resposta ao conjunto de necessidades dos indivíduos, baseada numa intervenção individual. Considera-se que o fator comunicação surge como o motor mobilizador dos vários recursos disponíveis, permitindo a resposta mais adequada a cada caso (*Commission for Case Management Certification*, 2004).

É de frisar que o processo de gestão de caso adequa os processos de intervenção de acordo com as necessidades e expetativas de cada pessoa alvo de cuidados.

Este processo pretende também providenciar respostas num limite de tempo estabelecido como adequado, em que o gestor de casos, deve proceder à avaliação contínua do processo de cuidar, coordenando a equipa multidisciplinar, providenciando o encaminhamento mais adequado, quando necessário (Rice, 2004).

O gestor de caso tem como principais objetivos, no âmbito deste procedimento, liderar o processo de cuidar, mobilizando e trabalhando com os prestadores de cuidados e eventuais recursos. Para a prestação de cuidados de forma adequada, tendo em conta os

recursos financeiros e temporais, surge como preocupação o fazer um uso correto de tais recursos.

O gestor de caso é também o elo de comunicação formal entre a pessoa alvo de cuidados e a equipa multidisciplinar, reajustando as necessidades existentes de ambas as partes, agindo de forma a identificar e oferecer as melhores respostas. Por outro lado, cabe ao gestor de caso, promover a literacia do indivíduo, não só do processo de gestão de caso, mas também sobre os planos de intervenção traçados, bem como promover o conhecimento sobre os processos de saúde e doença, sobre os quais os planos de intervenção incidem (Stanhope & Lancaster, 2011).

É de salientar que também é da responsabilidade do gestor de caso preparar outros profissionais para executarem o processo de gestão de caso, bem como o desenvolvimento e colaboração de estudos de investigação no âmbito deste procedimento (Stanhope & Lancaster, 2011).

Por sua vez, as etapas correspondentes ao processo de gestão de caso são as seguintes:

- *Procura ou admissão de caso* (é um processo de rastreio, em que através de redes na comunidade, procura referências ou identifica, por análise, necessidades cujo os programas por que está responsável permitem dar respostas. Normalmente, as situações são analisadas em equipa multidisciplinares, com a presença do utente e/ou família (Stanhope & Lancaster, 2011)).
- *Identificação de problemas* (com base na identificação feita através do rastreio e admissão do caso, identifica os problemas e necessidades, com apoio da equipa multidisciplinar (Stanhope & Lancaster, 2011)).
- *Priorização de problemas* (desenvolve planos de cuidados e as conexões necessárias, de forma a dar respostas ao utente, sendo que também este é convocado no processo de decisão (Stanhope & Lancaster, 2011)).
- *Defesa dos interesses do utente* (coordena, negocia e avalia o decorrer do processo de cuidados e que ganhos o utente está a demonstrar (Stanhope & Lancaster, 2011)).

- *Reavaliação* (comparação entre os objetivos traçados e os resultados obtidos; é tida em conta a satisfação do utente e dos prestadores de cuidados envolvidos no processo (Stanhope & Lancaster, 2011)).

É de salientar que a eficiência verificada no âmbito do processo de gestão de caso, permite o comprometimento com casos cada vez mais complexos. Este processo mantém como objetivos principais a redução de (re)internamentos e institucionalizações, promovendo cuidados de qualidade no contexto de domicílio, fomentando assim a inclusão social. Por outro lado, é também possível a escolha de respostas mais adequadas, rentabilizando os recursos disponíveis. Desta forma, é possível reduzir os custos associados aos tratamentos e intervenções, tanto no momento do decorrer do processo, como num acompanhamento que se traduzirá numa manutenção mais efetiva do estado de saúde e estabilidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

Rice (2004), identifica o processo de gestão de caso, a nível dos cuidados domiciliários, como uma mais valia no acompanhamento aos indivíduos, principalmente no pós-alta, salientando a importância do papel da equipa multidisciplinar.

As reuniões multidisciplinares, coordenadas pelo gestor de caso, permitem a discussão dos casos em acompanhamento, analisando a progressão, bem como a descrição ou ajuste dos objetivos traçados. Desta forma, o plano de cuidados a executar deve ser traçado com todos os profissionais que compõem a equipa multidisciplinar, envolvendo a pessoa alvo de cuidados, bem como a sua família ou eventual cuidador, se necessário (Rice, 2004).

Salienta-se a importância da identificação ou criação de instrumentos que possam avaliar o sucesso das intervenções do gestor de caso. Por outro lado, a criação de indicadores específicos, neste caso, no âmbito da Enfermagem, que permitam uma relação entre a evolução dos processos de saúde do indivíduo e as práticas de Enfermagem para esta definidas, é uma mais valia para a sustentação e solidificação da importância da disciplina de Enfermagem nos processos de cura, reabilitação e promoção da saúde no indivíduo, família e comunidade.

2.4. Teoria Explicativa da Relação Enfermeiro-Doente - Modelo de Relação de Ajuda

A relação de ajuda pressupõe o encontro entre duas pessoas, e consequentemente com aquilo que cada uma é. Neste sentido, esta relação estabelecida, apesar do seu caráter terapêutico, desenvolvido na prática profissional, é influenciado pelas características do enfermeiro, de forma mais ou menos percecionada por este.

Por outro lado, as características da pessoa alvo de cuidados, particularizando para as características específicas da pessoa com doença mental, surgem também como características que afetam tal relação.

Este tipo de relação desenvolve-se, na maioria das vezes, associada ao sofrimento da pessoa alvo de cuidados, na qual o enfermeiro surge como mediador e atenuador deste sofrimento, receios, anseios e necessidades desta, sempre em interação com o outro (Lopes, 2006).

Desta forma, a relação de ajuda, assenta sempre numa relação terapêutica, que se define como a interação existente entre duas pessoas, profissional de saúde e indivíduo alvo de cuidados, na qual a cooperação existente contribui para um ambiente terapêutico (Townsend, 2014).

A intervenção terapêutica terá um início, que é denominado por acolhimento, momento em que existe o primeiro contato, e em que se pretende compreender os objetivos, comportamento, pensamentos e emoções da pessoa alvo de cuidados este primeiro momento, encerra já em si uma estratégia relacional, que se torna fulcral para o desenvolvimento da relação terapêutica (Chalifour, 2008).

A teoria Explicativa da Relação Enfermeiro-Doente, preconiza, para a relação enfermeiro-doente, dois componentes fundamentais, diferentes, mas claramente interrelacionadas, primeiro a natureza da relação e, por sua vez, o processo de relação (Lopes, 2006).

A natureza da relação, caracteriza-se por dois pressupostos, a *processo de avaliação diagnóstica* e o *processo de intervenção terapêutica de enfermagem* (Lopes, 2006).

Começando pelo *processo de avaliação diagnóstica*, este assenta no processo de entrevista de admissão. Este processo, baseado numa forte componente de autoformação, necessita de ser treinada e, antes disso, de se observada. Ou seja, a entrevista, não permite

apenas conhecer o indivíduo alvo de cuidados, como inevitavelmente, a compreensão da dificuldade deste processo, o que permite o fortalecimento no seu domínio, com a finalidade de intervir de forma cada vez mais eficaz (Lopes, 2006, Phaneuf, 2002)

Desta forma, o *processo de avaliação diagnóstica*, que acompanha toda a relação terapêutica, visa a identificação de três fatores importantes (Lopes, 2006):

- *O que o doente sabe* (que engloba a compreensão da informação que o indivíduo detém sobre a sua situação/necessidade/problema, e de que forma as interpreta, bem como sobre eventuais tratamentos ou intervenções associadas);

- *O que preocupa o doente* (esta identificação de preocupações desenvolve-se à volta da problemática do bem-estar, compreendendo as preocupações como potencialidades terapêuticas, que têm validade nas opções diagnósticas tomadas pelo enfermeiro);

- *Estratégias/capacidades do doente* (esta categoria engloba a identificação de estratégias do indivíduo e/ou família, bem como a compreensão do contexto do doente, associada à situação do doente e das suas dinâmicas familiares ou ausência destas).

Neste sentido, salienta-se que neste acolhimento inicial deve ter-se em conta estratégias relacionais, que decorrem em contexto do contato com o indivíduo alvo de cuidados, e que visam a compreensão do estado de saúde deste, e a partir daí, a construção da relação de ajuda. O enfermeiro deve manter e compreender o sentido de si, e como este pode influenciar a relação com o doente (Chalifour, 2008).

O processo de avaliação diagnóstica encontra paralelismo com a fase de exploração, em contexto de entrevista, em que é possível ao enfermeiro colher os dados necessários para o planeamento das intervenções (Phaneuf, 2002).

Por sua vez, o *processo de intervenção terapêutica de enfermagem*, pressupõe dois princípios: a gestão de sentimento e a gestão de informação (Lopes, 2006).

A gestão de sentimentos, caracteriza-se por uma abordagem de dois níveis, comparativamente algo opostos. Partindo da factualidade de que todas as pessoas têm um conjunto de sentimentos e emoções, que manifestam de formas distintas, exigem ao enfermeiro dois tipos de atuação: a gestão da expressão de sentimentos (associada à cedência do espaço necessário e pelo apoio à expressão destes) e por outro lado a gestão

dos sentimentos expressa (que pretende uma expressão de sentimentos adequada, levando a uma concessão verbal de espaço, para que tal expressão aconteça (Lopes, 2006).

Por sua vez, a gestão de informação define-se, de uma forma resumida, pela explicação do processo de doença e tratamento, que abarca a gestão dos conhecimentos do indivíduo e dos conhecimentos fornecidos por outros profissionais de saúde (Lopes, 2006).

Abordando o segundo componente fundamental desta teoria, o processo de relação, composta por três fases, que em certo ponto, se sobrepõem. Estas fases são (Lopes, 2006):

- *Início da relação* (esta fase inicia-se ainda antes do enfermeiro se reunir com o indivíduo alvo de cuidados, quando o enfermeiro acede aos dados do utente e prepara o encontro. Contudo, salienta-se como momento primordial desta fase na entrevista de admissão, na qual ocorre o processo de avaliação diagnóstica, e ao mesmo tempo, inicia-se o processo de intervenção terapêutica, com a planificação de objetivos);

- *Corpo da relação* (esta fase expressa o processo de intervenção terapêutica, no qual se desenvolve as intervenções planeadas, ao mesmo tempo que é feita uma reavaliação sistemática, com vista a atingir os objetivos anteriormente planeados);

- *Fim da relação* (por sua vez, o fim da relação caracteriza-se por dois momentos fundamentais, caracterizados pela reabilitação do doente, e por outro lado, pela morte do doente, compreendendo as dificuldades do processo de luto, que também é vivido pelo profissional de saúde, uma vez que este cultiva a proximidade no âmbito da relação terapêutica).

2.5. Teoria das Relações interpessoais ou Enfermagem Psicodinâmica

A presente teoria, desenvolvida por Hildegard Peplau, surgiu num momento em que a Enfermagem começava a evidenciar-se enquanto ciência. Considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, Peplau, revolucionou a Enfermagem do seu tempo, ao concetualizar o doente como parceiro de cuidados. Para além disso, trouxe aportes científicos de outras áreas científicas, a fim de fortalecer os seus conhecimentos e desenvolver a sua teoria (Tomey & Alligood, 2004).

A Enfermagem Psicodinâmica, combina vários conceitos e conhecimentos na sua composição, o que a torna tão rica e complexa. Salienta-se a teoria da motivação de Maslow, a teoria da personalidade de Miller, na qual se aborda mecanismos de ajuste e aprendizagem social, bem como o modelo de resposta estímulo de Pavlov, e por fim, as descobertas de Sullivan, que incluiu na teoria freudiana, a importância de fatores culturais e sociais, bem como salientou a importância das relações interpessoais para cada indivíduo (Tomey & Alligood, 2004).

Tendo em conta os quatro pressupostos centrais da filosofia da Enfermagem moderna (Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente) (Tomey & Alligood, 2004, Marriner, 1989), também a Teoria de Peplau identifica estes quatro pressupostos, adaptados à sua consistente conceptual.

Na teoria das relações interpessoais, o conceito de Enfermagem traduz-se como um processo de relação interpessoal, terapêutico e educativo, através do qual se desenvolve uma forma cooperativa entre a enfermeira e o indivíduo alvo de cuidados, em que na relação estabelecida, é possível dar resposta às necessidades e problemas identificados. Por sua vez, o conceito de Saúde, caracteriza-se pelo movimento da personalidade face aos processos humanos, no sentido de ocorrer uma vida criativa, construtiva, produtiva, individual e comunitária (Tomey & Alligood, 2004; Stickley & Wrigth, 2014).

A respeito do conceito Pessoa, Peplau, identifica o conceito de Homem, em que o homem é um organismo, em interação, que vive num equilíbrio instável. Por sua vez, o conceito de Ambiente, é caracterizado por um conjunto de forças exteriores, e contexto cultural, ao homem, que o influenciam na aquisição de crenças, costumes e hábitos culturais, sendo o processo interpessoal um fator a ter em conta. (Tomey & Alligood, 2004).

Nesta teoria, o principal conceito-chave assenta no processo interpessoal estabelecido na **relação enfermeira-doente**, em que o doente se assume como uma componente ativa no processo terapêutico (Peplau, 1992, Stickley & Wrigth, 2014, Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com Peplau (1992), a relação enfermeira-doente é composta por quatro fases, que apesar de serem fases independentes, podem sobrepor-se:

- *Fase de Orientação*: nesta fase, o indivíduo ao procurar e solicitar os cuidados de enfermagem, parte-se da premissa de que o indivíduo já terá consciência das suas necessidades e expetativas. Através deste ‘primeiro encontro’, a enfermeira orienta o indivíduo, no sentido de este identificar e compreender as suas reais necessidades, sendo definido a necessidade de ajuda. Nesta etapa existem três pontos centrais, no qual é necessário a intervenção da enfermeira: i) compreensão da necessidade de ajuda, bem como a compreensão da necessidade ou dificuldade sentida; ii) compreensão e contribuição no planeamento dos cuidados que a enfermeira, e serviços aos quais recorre, pode oferecer; iii) facilitação do processo de exteriorização e compreensão efetiva dos sentimentos e emoções, que possam estar a ser elementos de ansiedade e tensão, a respeito das necessidades sentidas e identificadas.

- *Identificação* – o processo de identificação materializa-se na relação entre enfermeira-doente, na qual o indivíduo alvo de cuidados identifica na enfermeira, um elemento em quem pode confiar. Através desta relação de confiança, é permitido à enfermeira explorar os sentimentos e experiências de doença do indivíduo, diminuindo sentimentos de ansiedade e ameaça. Esta fase é particularmente relevante, no sentido em que a enfermeira deverá mobilizar as suas competências de relação, para além de outros construtos científicos mobilizados. A enfermeira deverá ter consciência das suas próprias limitações relacionais, procurando clarificar e aprender as habilidades necessárias para responder adequadamente às situações.

- *Exploração*: nesta etapa, após estabelecida a relação terapêutica, o indivíduo alvo de cuidados tem as condições necessárias para explorar os serviços existentes, de forma a obter o que precisa para a sua recuperação. Nesta fase, o indivíduo alvo de cuidados começa a identificar novos objetivos, uma vez que os objetivos para colmatar as necessidades anteriormente existentes estão a ser atingidos.

- *Resolução*: nesta fase, o indivíduo alvo de cuidados traça novos objetivos para si, em que a enfermeira poderá ou não participar nesta identificação. É nesta fase que o indivíduo se liberta da identificação com a enfermeira, terminando a relação terapêutica.

Para Peplau (1992), no decorrer da relação enfermeira-doente, a enfermeira assume vários papéis distintos. Estes papéis são seis:

1) *Papel de estranha* – o assumir deste papel ocorre na fase de identificação. Ainda não existindo efetivamente relação entre a enfermeira e o indivíduo, a relação é inteiramente formal, devendo a enfermeira dirigir-se ao indivíduo alvo de cuidados, assumindo que este é emocionalmente apto. É importante o estabelecer de um contato positivo, com uma postura de interesse e respeito, pois é a partir deste contato, que serão estabelecidas as várias fases da relação e por conseguinte o desempenhar adequado dos papéis seguintes.

2) *Papel de Pessoa de Recurso* – neste papel, a enfermeira funciona como fonte de informações, recursos e conhecimentos, que partilha com o indivíduo alvo de cuidados, de forma a dar resposta às necessidades existentes. A enfermeira surge como um recurso válido e imprescindível para a resolução da situação existente.

3) *Papel de professora* – neste papel existe a combinação de todos os outros papéis descritos. É no decorrer deste papel, que a enfermeira rentabiliza ao máximo a relação com o indivíduo alvo de cuidados, desenvolvendo planos de intervenção e estratégias que permitam as respostas às necessidades identificadas. Também neste ponto, a enfermeira aprende com a experiência, sendo que os resultados obtidos beneficiarão tanto o indivíduo alvo de cuidados como a enfermeira.

4) *Papel de líder*) através do estabelecimento de uma relação de cooperação, e apesar do indivíduo alvo de cuidados poder esperar que seja a enfermeira a elaborar os planos de intervenção, a enfermeira deve liderar e incentivar o indivíduo, de forma a que este participe no seu processo de cuidados.

5) *Papel de substituta*) Neste ponto, o indivíduo pode colocar a enfermeira no papel de outra pessoa, por modelagem, da sua esfera pessoal, normalmente alguém de uma relação anterior, existindo um reativar de sentimentos experimentados nessa mesma relação anterior. Sendo o ocorrer deste papel, uma atribuição feita pelo indivíduo alvo de cuidados, cabe à enfermeira desconstruir este fenómeno, levando o indivíduo a compreender que semelhanças que possa ter identificado entre a enfermeira e a outra pessoa da sua esfera pessoal, é motivado por tal processo psicológico. A enfermeira de reforçar de que os objetivos da relação estabelecida, se encontram na esfera terapêutica.

6) *Papel de conselheira*) Através do desempenhar deste papel (fundamental na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), a enfermeira responde às solicitações do

indivíduo alvo de cuidados, permitindo que este compreenda o seu estado de saúde, integrando as experiências no seu contexto de vida, de forma a não dissociar estes acontecimentos. Através deste processo, é possível chegar à fase de resolução da relação enfermeira-doente.

Estrutura de Plano de Intervenção Individual

Utente TIPO	
__ anos/ sexo ____	
<u>História Breve:</u>	
Potencialidades	
Expetativas	<u>Expetativas (utente):</u> <u>Expetativas (familiar/significativo):</u>
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, 2013).	
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	
Avaliação do Processo de Intervenção:	

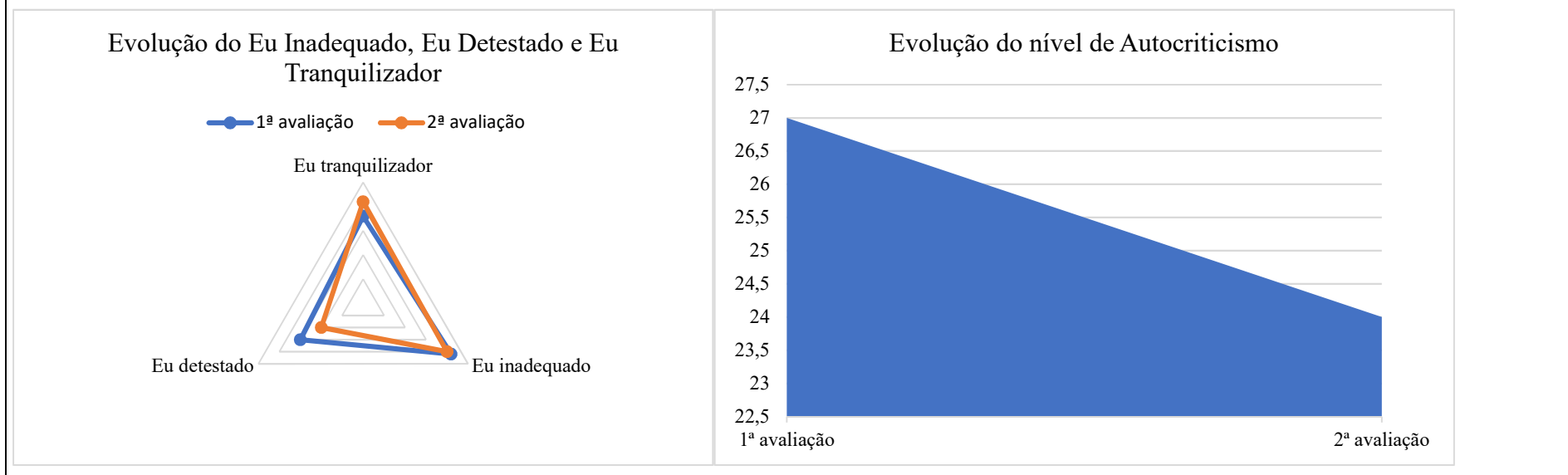
ANEXO X – PLANOS DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAIS IMPLEMENTADOS NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO

Utente I	
57 anos/ sexo feminino	
<u>História Breve:</u> Utente com internamentos recorrentes associados ao diagnóstico Perturbação depressiva major. Sem outras patologias. Internamento por agudização da sintomatologia depressiva, humor deprimido, lentificação psicomotora e perda de energia muito acentuada, não saindo da cama há várias semanas.	
Potencialidades	Com boa adesão terapêutica e medicamentosa; compreende a sintomatologia; com bom suporte familiar alargado que apresentam bons conhecimentos sobre a psicopatologia. Com juízo crítico e <i>insight</i> .
Expetativas	<u>Expetativas (utente):</u> “gostava de ser mais ativa e não andar tão triste”; “não voltar a ser internada”. <u>Expetativas (marido):</u> “era bom que não fosse preciso estar internada tantas vezes. Ela toma a medicação, mas às vezes deixa-se ir abaixo.”
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Culpa excessiva Autonegligência Baixa Autoestima Situacional Insónia
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; perda de peso; insónia; lentidão psicomotora; fadiga/perda de energia; culpa excessiva (“por minha causa o meu marido deve estar infeliz, ele não diz, mas só pode estar”).
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 27 em 56 (eu inadequado - média: 2,1 em 4; eu detestado - média: 1,5 em 4; eu tranquilizador média: 1,8 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem)	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Desesperança</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO

Nursing Interventions Classification, Bulechek et al, 2013, n.p.).	VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII - Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos - Aumento da segurança - Controlo do ambiente: conforto - Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar - Toque
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	humor deprimido; perda de interesse; perda de peso; insónia; fadiga/perda de energia; culpa excessiva (sintoma: lentificação psicomotora não presente)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 24 em 56 (eu inadequado - média: 2 em 4; eu detestado - média: 1 em 4; eu tranquilizador média: 2,1 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente I apresentava uma depressão grave, muito incapacitante, que se arrastava há vários anos, não conseguindo identificar há quanto tempo teria sido diagnosticada, nem há quanto tempo teria identificado os primeiros sintomas. Em contexto das várias intervenções, foi iniciado um processo de encorajamento à utente I, no sentido de pensar em situações que lhe tenham originado pensamentos negativos. Identifica então, sentimentos de culpa por estar doente e com isso causar tristeza ao marido, assunto que verbaliza com frequência, dizendo ‘sofrer por o fazer sofrer (o marido)’. Refere considerar que o marido se encontra infeliz por ela estar doente, que no passado teriam realizado certas atividades, que agora não realizam, ou quando realizam sente-se logo cansada, não aproveitando os momentos. Exploradas as evidências que tinha acerca deste pensamento, baseando-se na análise da sua vivência com o marido, não conseguindo identificar situações reais de que o marido se sentiria infeliz. É explorado a questão das distorções e erros cognitivos associados à depressão, nas várias intervenções, sendo que a utente I aparenta compreender este processo, ainda que sinta não conseguir controlar a maioria deles. Procura-se que tente descentrar-se dos	

pensamentos negativos que tem sobre as situações, procurando formular pontos de vista alternativos, treinando-se este procedimento no contexto da intervenção. Também se procurou identificar as emoções associadas, através da compreensão dos sintomas negativos associado à depressão. A compreensão do estado emocional negativo como sintoma, é um passo importante para desenvolver estratégias para não permitir que essa emoção se torna predominante.

Por sua vez, foi possível abordar o marido e os filhos da utente I, que se apresentam com uma dinâmica familiar positiva, de proteção e de empenho no processo de tratamento da esposa/mãe. No final do internamento, a utente I ainda mantinha a sintomatologia presente, ainda que menos evidente, à exceção da lentificação psicomotora. Os níveis de autocriticismo (nas formas de eu inadequado e eu detestado) e do eu tranquilizador apresentaram melhores resultados, como observado nos seguintes gráficos:



Utente II

61 anos/ sexo feminino

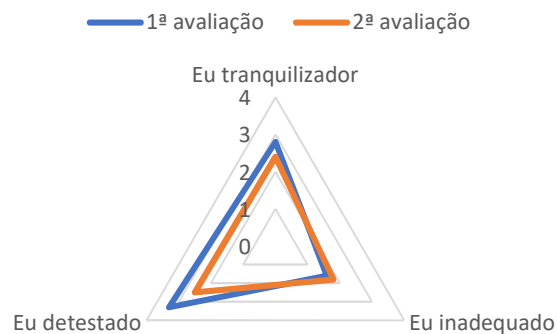
<u><i>História Breve:</i></u> Utente II com internamentos recorrentes por episódios agudizados do diagnóstico Perturbação depressiva major. Sem outras patologias. Internamento por agudização da sintomatologia depressiva, humor deprimido, lentificação psicomotora, diminuição da capacidade do pensamento e de concentração, e também perda de energia muito acentuada. Segundo o marido, há vários dias que não faz qualquer atividade (incluindo os cuidados de higiene), apresentando-se com embotamento afetivo.	
Potencialidades	Com bom suporte familiar por parte do marido, que tem sido o responsável pela administração da medicação, pois a utente II não faz sozinha.
Expetativas	<u><i>Expetativas (utente):</i></u> “ficar curada”. <u><i>Expetativas (marido):</i></u> “espero que fique bem, e que fique mais animada, que anda mesmo muito parada.”
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Autonegligência Diminuição da capacidade de pensamento Diminuição da concentração
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; hipersónia; lentidão psicomotora; fadiga/perda de energia; diminuição da capacidade de pensamento; diminuição da concentração
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 42 em 56 (eu inadequado - média: 3,5 em 4; eu detestado - média: 1,8 em 4; eu tranquilizador média: 2,6 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, (Bulechek <i>et al</i>, 2013, n.p.).	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII - Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Desesperança</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Estimulação Cognitiva</i> - Consultar a família para estabelecer o nível cognitivo basal do paciente - Informar ao paciente notícias sobre eventos recentes não ameaçadores - Oferecer estimulação ambiental por meio de contato com profissionais variados

	- Estimular a memória por meio da repetição do último pensamento expresso do paciente - Orientar no tempo, espaço e pessoa - Conversar com o paciente - Estimular o desenvolvimento por meio da participação em atividades para melhorar a realização e aprendizagem, estando em sintonia com as necessidades do paciente - Usar a televisão, rádio ou música como parte do programa de estímulo planejado - Reforçar e repetir informações - Pedir ao paciente para repetir informações - Usar o toque propositadamente, conforme apropriado
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; perda de peso; insónia; fadiga/perda de energia; culpa excessiva (sintoma: capacidade de pensamento diminuída e diminuição da concentração não presente)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 34 em 56 (eu inadequado - média: 3 em 4; eu detestado - média: 1 em 4; eu tranquilizador média: 2,9 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente II apresenta um quadro depressivo há vários anos, dos quais decorreu múltiplos internamentos. Apresentava-se com uma perda de energia muito intensa, acompanhada de concentração diminuída e capacidade de pensamento diminuída. Numa primeira abordagem, a utente II refere ter ‘a memória afetada, parece que apagada... às vezes estou sentada e não há nada na minha cabeça, parece que está tudo vazio’. Contudo, apresenta-se orientada no espaço e no tempo, ainda que demore algum tempo a dar resposta a tais questões. Tendo em conta o quadro apresentado, optou-se pela realização de intervenções que permitissem a estimulação cognitiva e da memória. Usando estratégias como ‘passear no serviço’, identificando objetos e locais, permitindo associá-los para que eram usados, bem como pedir à utente para recordar algo que tivéssemos visto na televisão ou que anteriormente tivéssemos conversado. Também foi usada a estratégia de colocar temas em debate, que estimulassem a memória, como por exemplo, falar sobre locais comuns à utente, e incentivar a descrevê-los, entre outras informações. Também foi muito explorado eventos de vida da utente II, validados pelo marido, mostrando-se uma estratégia	

muito positiva. Foi possível reencaminhar a utente II para os grupos terapêuticos que desenvolvem sessões no internamento, no sentido de desenvolver atividades sequenciadas. Bem como fomentar a interação social, como fonte de estímulos.

No final do internamento, a utente II ainda mantinha a sintomatologia presente, ainda que menos evidente, à exceção do pensamento diminuída e diminuição da concentração, sendo de salientar que teve uma evolução na remissão destes dois sintomas muito rápida. Os níveis de autocriticismo (ainda que com um ligeiro aumento do eu inadequado) e do eu tranquilizador apresentavam melhores resultados, como observado nos seguintes gráficos:

Evolução do Eu Inadequado, Eu Detestado e Eu Tranquilizador



Evolução do nível de Autocriticismo



Utente III

51 anos/ sexo feminino

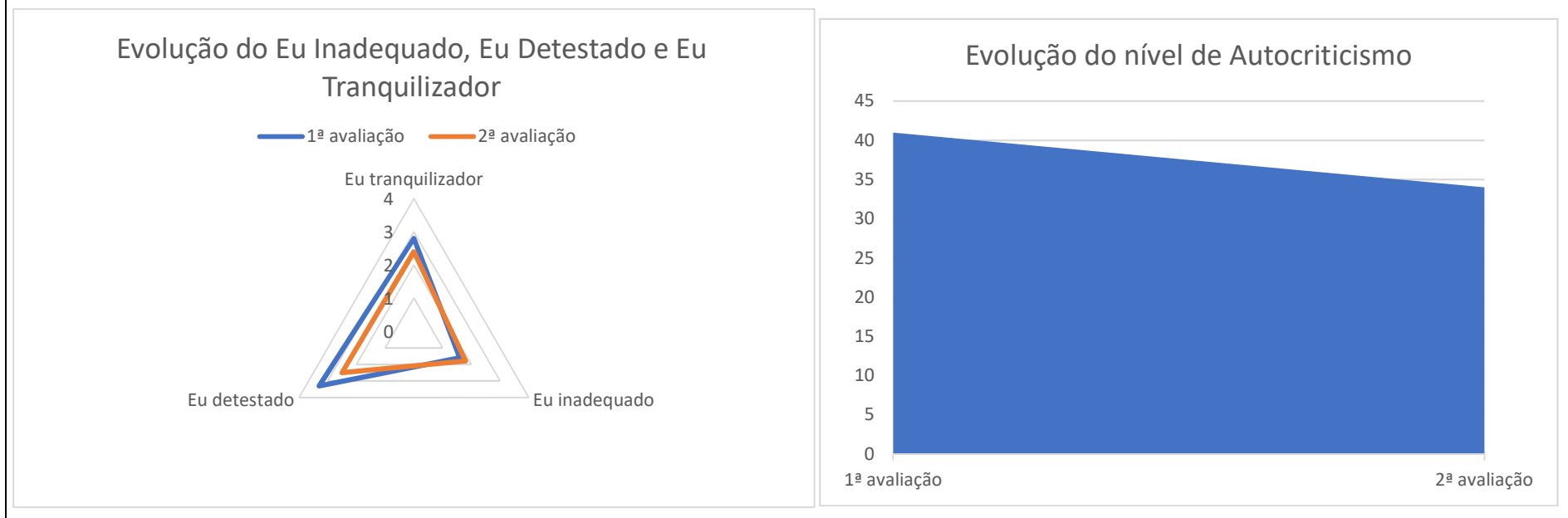
<u>História Breve:</u> Utente III com internamentos recorrentes por episódios agudizados do diagnóstico Perturbação depressiva major, conseguindo, contudo, manter-se funcional, mantendo um emprego há vários anos. Sem outras patologias. Internamento por agitação psicomotora muito intensa, com alteração do padrão normal do seu comportamento, segundo relatos de significativos, que a terão levado ao Serviço de Urgências. Vive sozinha e não tem familiares de referência. Refere que o presente internamento e anteriores estão normalmente associados a ‘esquecimentos’ na toma da medicação ‘como me sinto bem, nem me lembro de os (comprimidos) tomar!’	
Potencialidades	Com juízo crítico e <i>insight</i> . Identifica concretamente os fatores associados à depressão, bem como os seus sintomas.
Expetativas	<u><i>Expetativas (utente):</i></u> “regressar a casa, e fazer as coisas bem, principalmente a respeito da medicação”.
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Insónia Agitação psicomotora Sentimentos de inutilidade Culpa excessiva Diminuição da concentração
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; insónia; agitação psicomotora; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva; concentração diminuída
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 31 em 56 (eu inadequado - média: 2,5 em 4; eu detestado - média: 0,8 em 4; eu tranquilizador média: 2,8 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification,	<i>Intervenção Falta de Adesão</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII – Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos

(Bulecheck <i>et al</i>, 2013, n.p.)).	- Aumento da segurança - Controlo do ambiente: conforto - Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar - Toque
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; insónia; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva (sintomas: agitação psicomotora e concentração diminuída não presente)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 25 em 56 (eu inadequado - média: 3,1 em 4; eu detestado - média: 0,5 em 4; eu tranquilizador média: 2,3 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente III apresenta um quadro depressivo há vários anos, dos quais decorreram múltiplos internamentos, normalmente associado ao abandono do regime medicamentoso. A utente III, no âmbito da entrevista inicial, evidencia sentimentos de culpa excessiva, que dirige a si própria. Considera-se culpada por causar sofrimento aos seus amigos, que no seu ponto de vista já ‘estão fartos de mim, de me levarem para o hospital!’. Apresenta uma sobrevalorização dos acontecimentos casuais, imputando a si própria a responsabilidade de tal acontecer (por exemplo, a partir do acontecimento de deixar cair um garfo, desenvolve sentimentos de culpa e discurso autocritico, generalizando a situação para vários acontecimentos da sua vida nos quais ‘nunca faço nada bem, nem sei porque os faço! não vale a pena tentar, nem vale a pena estar aqui porque não me vou curar, sou sem remédio’. Explorada a possibilidade de ideias de morte, não verbaliza intenções suicidas ou parasuicidárias. Neste sentido, foi explorada a natureza dos pensamentos automáticos, realizando-se sessões no sentido de identificar os pensamentos automáticos negativos, bem como distorções cognitivas. Foi feito um trabalho profundo no âmbito da análise da existência de evidências que sustentassem tais distorções, bem como quais aconteciam mais frequentemente. A utente III conseguiu identificar que os sentimentos de culpa excessiva que sentia não tinham fundamento em fatos reais, foi também estimulada a autoinstruir-se, no sentido de analisar os seus pensamentos e elaborar pensamentos alternativos, após treino em entrevista, de forma autónoma.	

A utente III, apresentava-se, por vezes muito apelativa, solicitando de forma frequente, a realização de entrevistas. Neste sentido, foi necessário reafirmar os limites da relação terapêutica, no sentido da utente III compreender os tempos programados de atendimento, bem como os objetivos traçados no tempo. Foi necessário um trabalho específico, no sentido de preparar a utente III para o término da relação (a ocorrer no momento de alta), pois tinha receio de não conseguir manter-se estável sem o apoio que lhe tinha sido proporcionado. Neste sentido, utilizou-se as últimas sessões para realizar um planeamento a curto e médio prazo, delineando estratégias de automotivação e de assertividade, de forma a preparar-se para o período pós-alta.

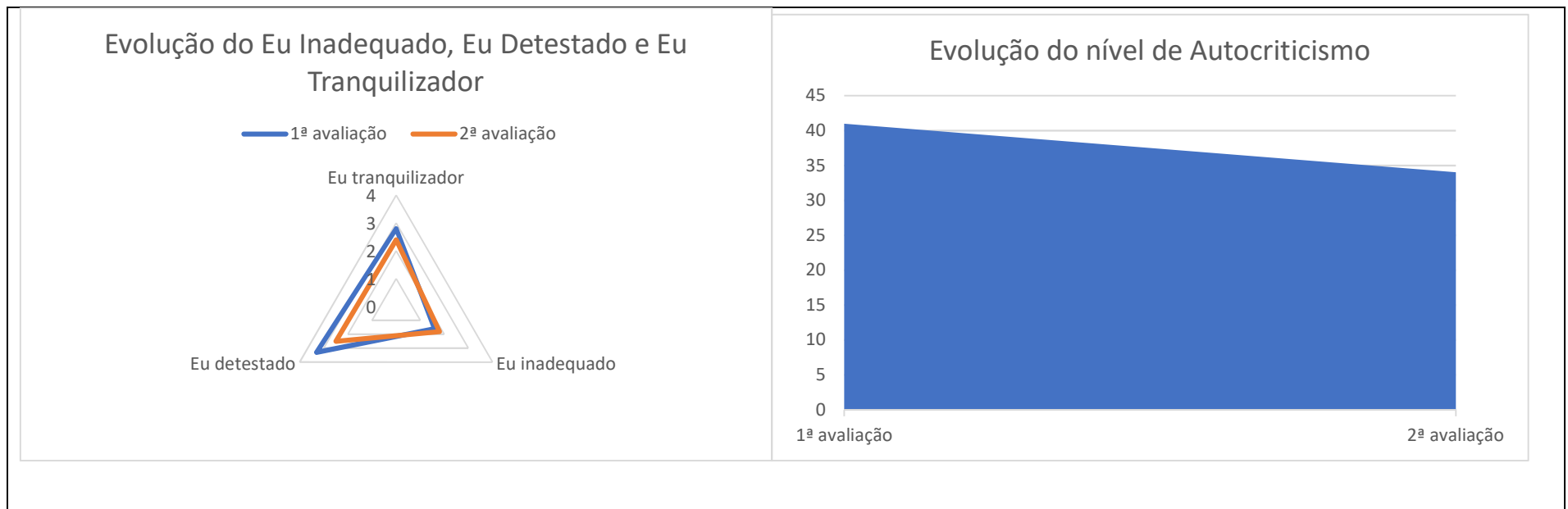
No final do internamento, a utente III ainda mantinha a sintomatologia presente, à exceção do agitação psicomotora e diminuição da concentração.

Os níveis de autocriticismo (ainda que com um ligeiro aumento do eu inadequado) apresentou melhores resultados e o eu tranquilizador apresentavam um decréscimo de nível, como observado nos seguintes gráficos:



Utente IV	
52 anos/ sexo feminino	
<u><i>História Breve:</i></u> Utente IV, com diagnóstico Depressivo <i>Major</i> , com internamentos recorrentes associados a tentativas de suicídio várias. O presente internamento surge como resposta a nova tentativa de suicídio. Apresenta-se com humor depressivo, em embotamento afetivo, com uma atitude reservada, pouco colaborante e comunicativa, tentando evitar o contato com os profissionais de saúde. Sem juízo crítico sobre a sua situação.	
Potencialidades	Com bom suporte familiar por parte do marido.
Expetativas	<u><i>Expetativas (utente):</i></u> não verbalizou expetativas na entrevista de admissão <u><i>Expetativas (marido):</i></u> “gostava que parasse (tentativas de suicídio), eu estou sempre preocupado, a tentar vigiá-la, mas é difícil”
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Autonegligência Risco de suicídio Sobrecarga do cuidador
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; hipersónia; lentidão psicomotora; fadiga/perda de energia; diminuição da capacidade de pensamento; diminuição da concentração; alteração da funcionalidade familiar/social; pensamentos recorrentes de morte
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 38 em 56 (eu inadequado - média: 2,2 em 4; eu detestado - média: 2,3 em 4; eu tranquilizador média: 2,9 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification,	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Desesperança</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Risco de Suicidio</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Apoio ao Cuidador</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC)

(Bulecheck <i>et al</i>, 2013, n.p.)).	
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; alteração da funcionalidade familiar/social (sintomas: lentificação psicomotora; fadiga/perda de energia; hipersónia; diminuição da capacidade de pensamento; concentração diminuída; pensamentos recorrentes de morte não presentes)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 32 em 56 (eu inadequado - média: 2,5 em 4; eu detestado - média: 1,3 em 4; eu tranquilizador média: 2,7 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente IV apresenta diagnóstico de perturbação depressiva major há vários anos, com vários internamentos associados a tentativas de suicídio. Com uma grande resistência às abordagens, apresentando-se não colaborante na maioria das vezes. As entrevistas eram de poucos minutos, pedindo se podia ir embora ‘para fumar’. Ainda que com pouca evolução, o sintoma pensamentos recorrentes de morte entrou em remissão, e avaliou-se a possibilidade de passar o fim-de-semana em família. Esta hipótese foi afastada pelo marido, que se apresentava renitente em levar a utente IV a casa, com receio que ocorresse uma tentativa de suicídio. O marido da utente IV apresentava claros sinais de cansaço, tendo sido apoiado pela equipa multidisciplinar, bem como discutidas as respostas adequadas à utente. Com pouco resposta ao regime medicamentoso, foi proposta para sessões de eletroconvulsivoterapia. Este método verificou-se extremamente eficaz, tendo a utente IV apresentado melhoras significativas desde a primeira sessão realizada. Como registado anteriormente, teve uma melhoria evidente, sendo que vários sintomas entraram em remissão, e os que os que se mantiveram, apresentaram melhorias substanciais. Neste caso concreto, as intervenções foram mais direccionadas ao marido, enquanto cuidador informal, no sentido de lhe prestar apoio necessário. Tendo em conta que este pretendia manter a assistência dada à esposa, foi reencaminhado para o Serviço Social, de forma a identificarem que estruturas disponíveis existiam, para apoio no domicílio. Os níveis de autocriticismo (ainda que com um ligeiro aumento do eu inadequado) diminuíram e do eu tranquilizador também diminuiu, como observado nos seguintes gráficos:	

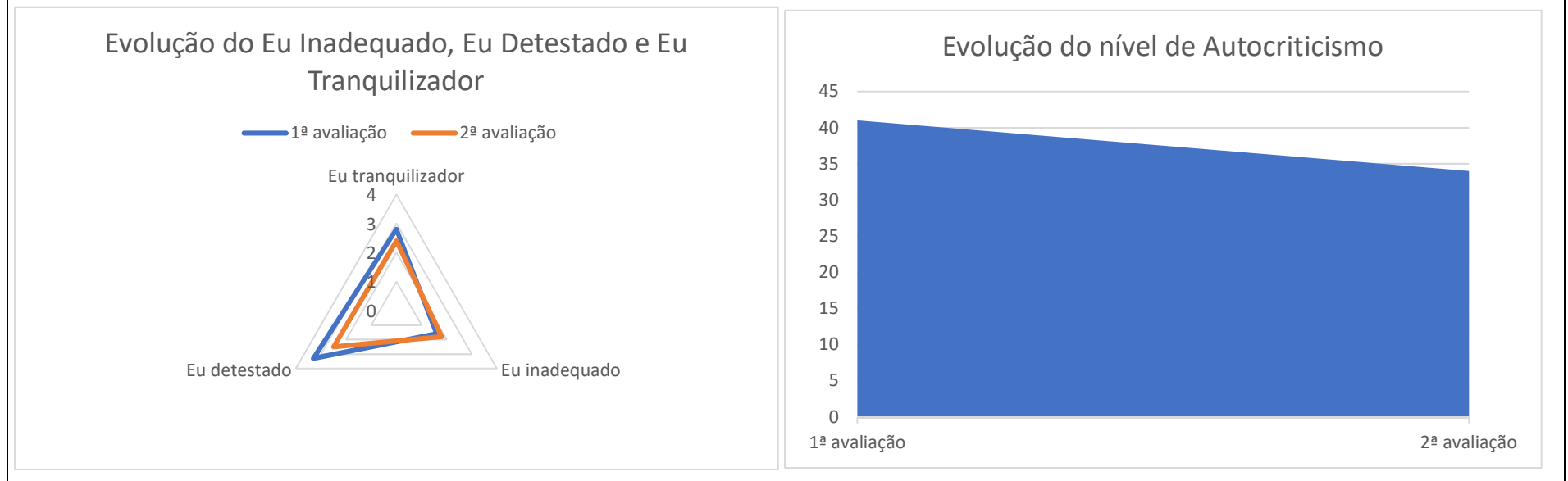


Utente V
54 anos/ sexo feminino
<u>História Breve:</u> Utente V com primeiro internamento, com diagnóstico de entrada de perturbação depressiva major. Sem outras patologias. De acordo com relatos dos pais, há dois meses que abandonou o trabalho, passando o dia ‘deitada no sofá, sem fazer nada’. Durante o internamento foi identificado que a utente V seria vítima de violência doméstica, relatada pela própria utente. Segundo esta, a situação agravou-se quando começou a experienciar os sintomas depressivos, e não conseguindo realizar as tarefas domésticas, o marido ter-se-á tornado agressivo, bem como terá desvalorizado o seu estado psicopatológico, afirmando que a utente estaria ‘a fingir estar doida’.

Potencialidades	Os pais surgem como familiares de referência importantes, empenhados no processo de reabilitação da utente V. Boa adesão terapêutica por parte da utente V.
Expetativas	<i>Expetativas (utente):</i> “deixar de me sentir cansada, poder voltar a trabalhar”; “deixar o meu marido, porque ele não me ajuda, só piora”
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Autonegligência Diminuição da capacidade de pensamento Diminuição da concentração
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; hipersónia; lentidão psicomotora; fadiga/perda de energia; diminuição da capacidade de pensamento; diminuição da concentração; alteração da funcionalidade social/profissional
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 32 em 56 (eu inadequado - média: 2,3 em 4; eu detestado - média: 0 em 4; eu tranquilizador média: 3,2 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, (Bulechek et al, 2013, n.p.)).	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Desesperança</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Estimulação Cognitiva</i> - Consultar a família para estabelecer o nível cognitivo basal do paciente - Informar ao paciente notícias sobre eventos recentes não ameaçadores - Oferecer estimulação ambiental por meio de contato com profissionais variados - Estimular a memória por meio da repetição do último pensamento expresso do paciente - Orientar no tempo, espaço e pessoa

	- Conversar com o paciente - Estimular o desenvolvimento por meio da participação em atividades para melhorar a realização e aprendizagem, estando em sintonia com as necessidades do paciente - Usar a televisão, rádio ou música como parte do programa de estímulo planejado - Reforçar e repetir informações - Pedir ao paciente para repetir informações - Usar o toque propositadamente, conforme apropriado
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; hipersónia; lentidão psicomotora; fadiga/perda de energia; diminuição da capacidade de pensamento; diminuição da concentração; alteração da funcionalidade social/profissional
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 32 em 56 (eu inadequado - média: 2,4 em 4; eu detestado - média: 0 em 4; eu tranquilizador média: 3,2 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente V apresentava um quadro sintomatológico muito agravado, em que a relação conjugal vivida, pautada por episódios de agressividade física e psicológica, era um fator de instabilidade emocional para a utente. Apresentava vários pensamentos associados a distorções cognitivas, associadas ao seu relacionamento, em que se culpabiliza pelas atitudes violenta do marido. Neste sentido, foi realizada um conjunto de intervenções dirigidas ao aumento da autoestima, com a intenção de desenvolver pensamentos de autoconfiança. Ao mesmo tempo, foi-se explorando os seus sentimentos e emoções associados ao relacionamento violento em que vivera, uma vez que este era um tópico que abordava nas várias entrevistas. Neste sentido foi feita tentativa de desconstruir os sentimentos de culpa infundada, identificando-a como sintoma da doença, nos quais a utente V realizava uma abstração seletiva sobre o fato de ser agredida, desvalorizando os comportamentos do marido. Por decisão da utente V, dirigida à equipa multidisciplinar, foi iniciado o processo de divórcio, ainda no internamento. Tendo sido remetido o caso para o serviço de Terapia Familiar. Por sua vez, a utente, conjuntamente com os pais, realizou um pedido formal para abandonar o serviço, tendo alta voluntária a pedido.	

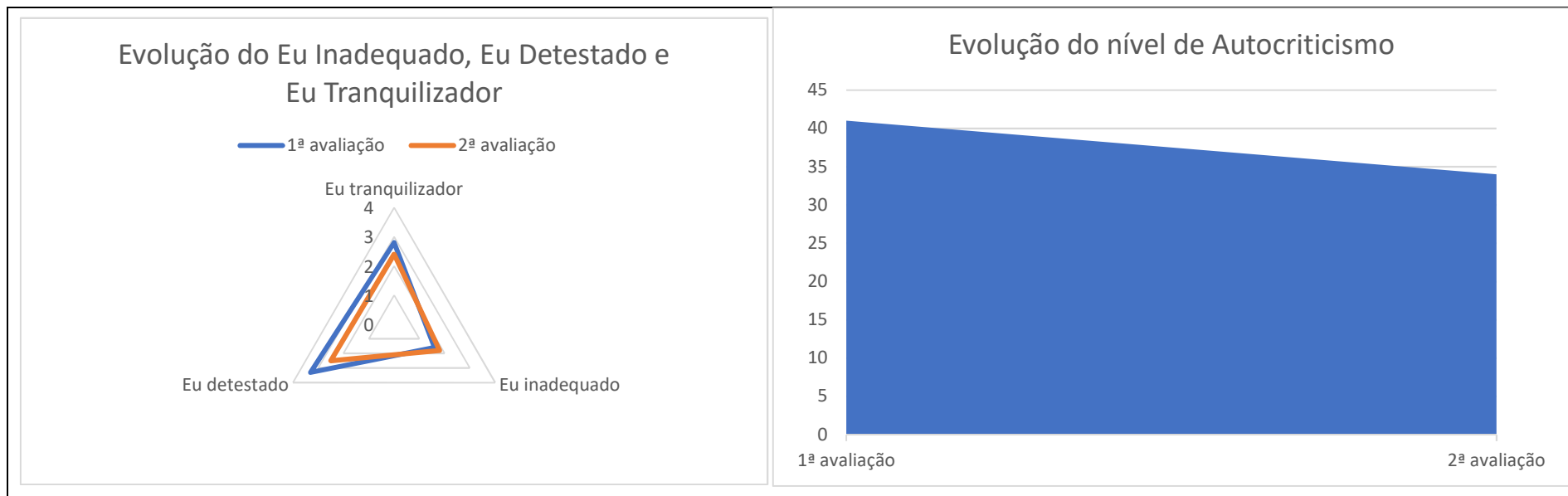
No final do internamento, a utente V mantinha a sintomatologia inicial ainda presente. Os níveis de autocriticismo manterem-se os mesmos, existindo um ligeiro aumento do nível do eu tranquilizador, como observado nos seguintes gráficos:



Utente VI
41 anos/ sexo feminino
<u>História Breve:</u> Utente VI com primeiro internamento com diagnóstico depressivo <i>major</i> , por reencaminhamento da consulta externa. Internamento motivado por vários episódios de comportamentos parasuicidários e ideação suicida estruturada, referindo necessitar de uma resposta mais consistente, pois refere ter a noção de ‘que irei fazer qualquer coisa má e muito definitiva’. Já há vários meses com sintomatologia depressiva, precipitada pela perda do emprego, segundo a utente.

Potencialidades	Com bom suporte familiar por parte do marido. Identifica os filhos como fonte motivadora para procurar ajuda e focar-se no processo de cura. Boa adesão terapêutica. Interessa-se pelo processo de doença, estando disponível para as várias estratégias disponíveis.
Expetativas	<i>Expetativas (utente):</i> “conseguir ultrapassar a depressão, nem que tenha de tomar comprimidos a vida inteira”. <i>Expetativas (marido):</i> “espero que em breve volte a ser mais alegre e feliz, porque ultimamente está mesmo muito deprimida’
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Autonegligência Baixa autoestima situacional Sentimentos de inutilidade Risco de suicídio
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; hipersónia; fadiga/perda de energia; sentimentos de inutilidade; alteração da funcionalidade social; pensamentos recorrentes de morte
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 53 em 56 (eu inadequado - média: 0,6 em 4; eu detestado - média: 3,3 em 4; eu tranquilizador média: 4 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, (Bulecheck et al, 2013, n.p.)).	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Desesperança</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Risco de Suicídio</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC)

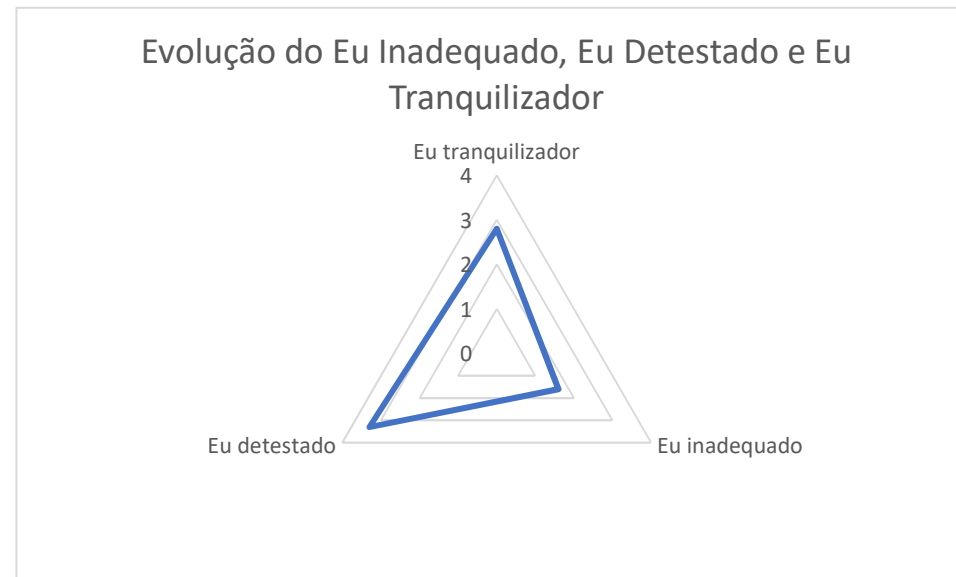
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; hipersónia; fadiga/perda de energia; sentimentos de inutilidade; alteração da funcionalidade social (sintoma: pensamentos recorrentes de morte não presente)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 42 em 56 (eu inadequado - média: 1 em 4; eu detestado - média: 1 em 4; eu tranquilizador média: 3,8 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente VI, apresentava com uma postura reservada, desconfiada, tentado evitar contextos de intervenções individualizadas. Tendo em conta as intervenções de grupo existentes no internamento, e utilizando esse momento para explicar sobre o que incidia as intervenções que pretendia estabelecer, foi solicitada pela utente VI uma entrevista individual, com o intuito de a esclarecer sobre o autocriticismo. Neste sentido, foi feita a identificação de pensamentos automáticos negativos, bem como distorções cognitivas. A partir desta exploração, a utente VI identificou como distorções cognitivas os sentimentos de inutilidade que experienciara, conseguindo desenvolver pensamentos alternativos. Utilizando também como estratégia de visualizar acontecimentos ou ganhos alcançados, que considerava de valorizar, conseguia priorizar sentimentos de conforto e de autoconfiança, não focalizando a sua atenção para os sentimentos de inutilidade que sentia. Por sua vez, a respeito da ideação suicida, considerado como um pensamento negativo recorrente identificado pela utente VI, foi feito um trabalho profundo no âmbito da análise da existência de evidências que sustentassem tais distorções. A utente VI referia sentir-se ‘estranha e inquieta’ associando tais efeitos à toma da medicação instituída. Neste sentido, foi informado o médico psiquiatra, que procedeu aos ajustes medicamentosos necessários. Também neste sentido foi reforçado a importância da adesão ao regime medicamentoso para redução da sintomatologia. No final do internamento, a utente VI ainda mantinha a sintomatologia presente, ainda que menos evidente, à exceção do sintoma pensamentos recorrentes de morte que se encontraria não presente. Os níveis de autocriticismo apresentaram melhores resultados, salientado a diminuição franca do eu detestado. Por sua vez, o eu tranquilizador apresentou uma discreta descida em relação à primeira avaliação, como observado nos seguintes gráficos:	



Utente VII	
28 anos/ sexo masculino	
<u>História Breve:</u> Utente VII com vários internamentos por perturbação depressiva major, desde a adolescência. Sem outras patologias. Apresenta embotamento afetivo, isolando-se dos profissionais de saúde e dos outros utentes, segundo informação dos pais, tem passado os últimos meses fechado no quarto. Os pais apresentam a desconfiança de que o utente VII estaria a consumir haxixe há alguns meses.	
Potencialidades	Pais muito presentes e empenhados no processo de cura.
Expetativas	<u>Expetativas (utente):</u> não verbalizou expetativas <u>Expetativas (pais):</u> “que consiga recuperar e terminar o curso que começou” / “que volte a sair e a divertir-se, a ter uma vida normal”.

Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Autonegligência
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; hipersónia; fadiga/perda de energia; lentificação psicomotora; capacidade de pensamento diminuída; concentração diminuída; alteração da funcionalidade social/familiar
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 24 em 56 (eu inadequado - média: 1,4 em 4; eu detestado - média: 0,5 em 4; eu tranquilizador média: 2,2 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, (Bulechek <i>et al</i>, 2013, n.p.)).	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Falta de Adesão</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC)
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Sem dados recolhidos
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Sem dados recolhidos

Avaliação do Processo de Intervenção: O utente VII, apresentava-se com uma postura reservada, desconfiada e não cooperativa. O internamento foi precipitado pelos pais. Realizada entrevista de admissão, em que o utente VII apresentou-se consciente da sua doença, mas recusando o internamento, ainda que identificasse que o seu estado de saúde estava piorado, uma vez que tinha realizado abandono da medicação. Foi reforçada a importância da adesão ao regime terapêutico. Em contexto de entrevista, refere saber que ‘há coisas na minha cabeça que não estão bem, não devia não querer saber das coisas, mas não me apetece fazer nada, nem pensar me apetece...’. As abordagens ao utente VII terão sido realizadas por pouco minutos, pois refere sentir-se sem concentração para continuar. Realiza procedimento para alta voluntária. Realizada primeira avaliação da sintomatologia e do autocriticismo (nas formas eu inadequado e eu detestado) e eu tranquilizador, distribuídas, como observado nos seguintes gráficos:



Utente VIII

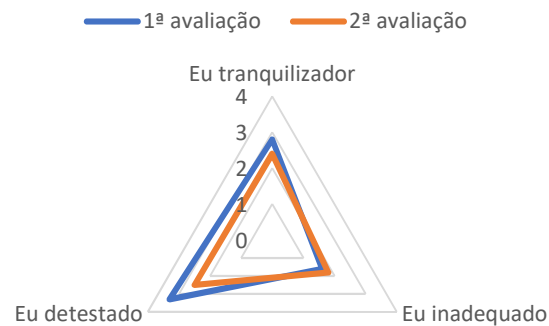
55 anos/ sexo masculino	
<i>História Breve:</i> Utente VIII, com diagnóstico de perturbação depressiva major, com vários internamentos motivados por tentativas de suicídio. Sem outras patologias. O presente internamento foi despoletado por tentativa de suicídio (evitada pelo filho). De acordo com utente VIII, identifica o seu divórcio como ponto de partida para a depressão.	
Potencialidades	Com bom suporte familiar por parte do filho. Com grupo de pares alargado, pertencendo a várias associações e grupos recreativos. Tem um emprego há vários anos, através do qual tem o apoio dos seus superiores em relação à sua situação de doença.
Expetativas	<i>Expetativas (utente):</i> não identifica expetativas
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Autonegligência Baixa autoestima situacional Sentimentos de inutilidade Falta de Adesão Risco de suicídio
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; insónia; fadiga/perda de energia; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva; pensamentos recorrentes de morte
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 41 em 56 (eu inadequado - média: 0,5 em 4; eu detestado - média: 2 em 4; eu tranquilizador média: 3,3 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification,	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Desesperança</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Risco de Suicídio</i> Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC)

(Bulecheck et al, 2013, n.p.)).	<i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos - Aumento da segurança - Controlo do ambiente: conforto - Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar - Toque
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; insónia; fadiga/perda de energia; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva; pensamentos recorrentes de morte
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 38 em 56 (eu inadequado - média: 1 em 4; eu detestado - média: 1,8 em 4; eu tranquilizador média: 3,1 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: O utente VIII apresentava um humor deprimido muito marcado, com pensamentos de culpa excessivos constantes. Referindo o divórcio como a principal das suas falhas, considera ser o culpado do fim do relacionamento, perdendo sempre tudo o que tem de bom. A partir desta premissa, foi solicitado ao utente VIII que identificasse coisas boas que tinha, em si, e que tinha alcançado, anotando-as num papel. Foi solicitado que fosse relendo os itens que identificou, quando se sentisse culpado. Ao mesmo tempo, foi identificado com o utente VIII as situações das quais este dizia ‘ser o culpado’. A partir daí, as situações foram analisadas, identificando os motivos reais para que tenham acontecido. O utente VIII apresentava-se desconfortável a invocar tais imagens, pois alimentavam o seu sentimento de culpa. Desta forma, procedeu-se à estratégia de invocar estas situações em todas as entrevistas, reavaliando os seus reais motivos, de forma a normalizar os sentimentos e emoções a elas associadas, ajudando o utente VIII a associar outro tipo de emoções (por exemplo, ‘sinto-me culpado por estar doente’: revisitando esta situação, permite ao utente compreender que este não é só uma doença, bem como tem competências para lidar com ela, instilando motivação e comprometimento na sua recuperação. Assim, vê a situação de doença não como um fracasso, mas como, um problema resolúvel, na qual está inerente um desafio pessoal de superação e assertividade).	

Também através da análise das distorções cognitivas, o indivíduo VIII consegue compreender a génese dos pensamentos recorrentes de morte, identificando não ter razões ‘reais para me matar’. No final do internamento, o utente VIII identifica ainda alguma ideação suicidada, mas identifica-se competente no sentido de compreender o seu significado do ponto de vista cognitivo, bem como a resposta emocional negativa associada, referindo sentir-se ainda ‘um pouco deprimido, mas melhor’.

No final do internamento, a utente VIII ainda mantinha a sintomatologia presente, ainda que menos evidente. Os níveis de autocriticismo apresentaram melhores resultados, ainda com uma ligeira subida do eu inadequado. Por sua vez, o eu tranquilizador apresentou uma discreta descida em relação à primeira avaliação, como observado nos seguintes gráficos:

Evolução do Eu Inadequado, Eu Detestado e Eu Tranquilizador



Evolução do nível de Autocriticismo

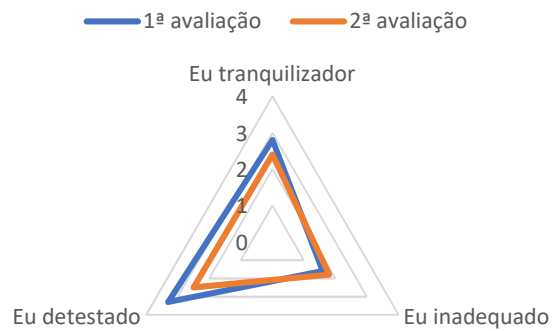


Utente IX

61 anos/ sexo masculino	
<u>História Breve:</u> Utente IX, com o primeiro internamento, com diagnóstico de perturbação depressiva major, reencaminhado da consulta externa. Sem outras patologias. Refere não dormir há várias noites, tendo pensamentos recorrentes de morte constantes. Decide pedir internamento, pois já tinha, em casa, juntado um conjunto de materiais com os quais iria cometer o suicídio.	
Potencialidades	Com bom suporte familiar por parte da mulher e dos filhos. Emprego há vários anos que aprecia. Gosta de fazer várias atividades de lazer e desportos. Com boa adesão ao regime terapêutico. Identifica quando necessita de ajuda e procura-a.
Expetativas	<u>Expetativas (utente):</u> “não me matar! Principalmente... e se possível acabar com esta depressão!” <u>Expetativa (esposa):</u> “gostaria que o ajudassem a melhorar, e que depois de sair (do hospital) tivesse um apoio mais regular”.
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Culpa excessiva Sentimentos de inutilidade Risco de suicídio
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Perda de peso, insónia, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 36 em 56 (eu inadequado - média: 2 em 4; eu detestado - média: 2,3 em 4; eu tranquilizador média: 2,7 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification,	<i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Risco de Suicídio</i> Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos - Aumento da segurança

(Bulecheck <i>et al</i>, 2013, n.p.)).	- Controlo do ambiente: conforto - Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar - Toque
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Perda de peso, insónia, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva (sintoma pensamentos recorrentes de morte não presente)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 28 em 56 (eu inadequado - média: 2.4 em 4; eu detestado - média: 0.8 em 4; eu tranquilizador média: 2.5 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: O utente IX apresentou-se com uma postura reservada, com pouca adesão a entrevistas individuais. Partindo dos seus sentimentos de culpa verbalizados, foram abordados os sintomas inutilidade e culpa excessiva, como manifestações da depressão, e não como uma ‘avaliação real’ das capacidades do utente IX. Contudo, o utente IX propôs à equipa multidisciplinar a transferência para outro hospital, na qual seria facilitador para receber a visita dos familiares, que foi aceite. No final do internamento (neste serviço), a utente IX mantinha a sintomatologia presente. Os níveis de autocriticismo apresentaram melhores resultados, ainda com uma ligeira subida do eu inadequado. Por sua vez, o eu tranquilizador apresentou uma discreta descida em relação à primeira avaliação, como observado nos seguintes gráficos:	

Evolução do Eu Inadequado, Eu Detestado e Eu Tranquilizador



Evolução do nível de Autocriticismo



Utente X

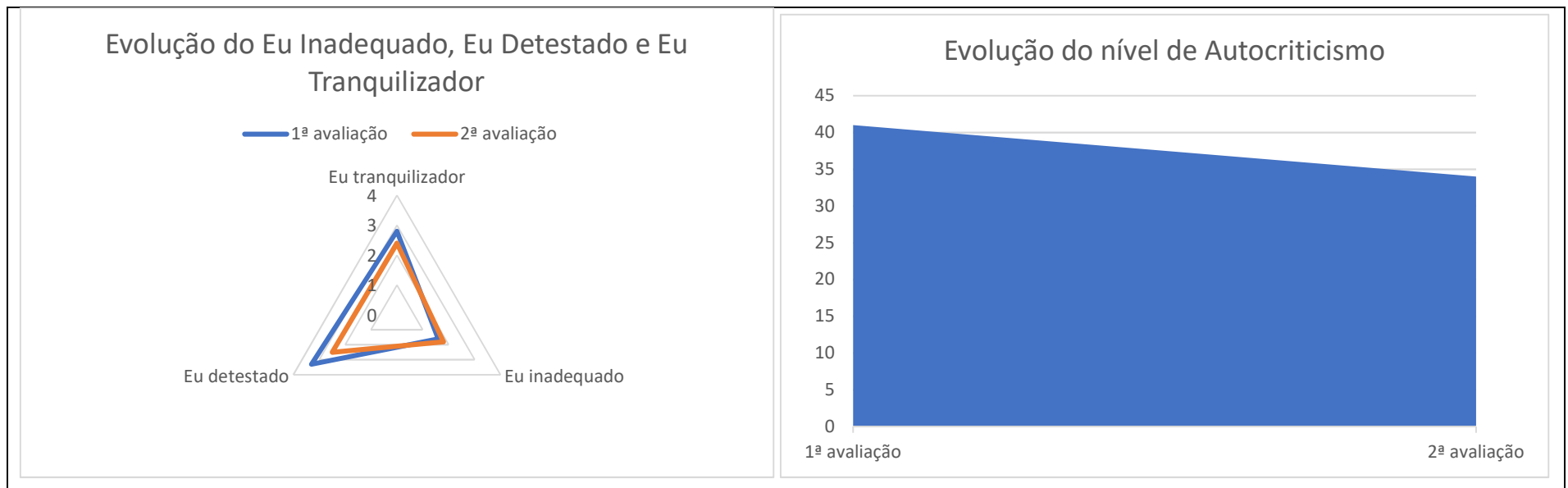
67 anos/ sexo feminino

História Breve: Utente X com diagnóstico de depressão *major* há vários anos, sendo o presente internamento o segundo internamento, reencaminhada da consulta externa. Outras patologias: Alcoolismo. Com tentativa de suicídio motivada após marido e filhos terem descoberto o seu problema de alcoolismo. Abandono do regime medicamentoso devido ao fato de estar a ingerir bebidas alcoólicas.

Potencialidades	Com bom suporte familiar por parte do marido e filhos. Com rede alargada de significativos. Com grupo de pares alargado, pertencendo a várias associações e grupos recreativos. Boa literacia sobre os estados depressivos.
Expetativas	<u>Expetativas (utente)</u> : “conseguir abandonar os hábitos de bebida e não querer matar-me” <u>Expetativas (marido e filhos)</u> : “ultrapassar o problema do alcoolismo e recuperar da depressão”
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Baixa autoestima situacional Culpa excessiva Insónia Sentimentos de inutilidade Alcoolismo Risco de suicídio
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; insónia; fadiga/perda de energia; lentificação psicomotora; concentração diminuída; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva; pensamentos recorrentes de morte; alteração da funcionalidade social/familiar
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 41 em 56 (eu inadequado - média: 1,6 em 4; eu detestado - média: 3,3 em 4; eu tranquilizador média: 2,8 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification,	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Desesperança</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Falta de Adesão</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Risco de Suicídio</i> Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC)

(Bulecheck et al, 2013, n.p.)).	<i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos - Aumento da segurança - Controlo do ambiente: conforto - Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar - Toque <i>Intervenção Abstinência de Álcool</i> - Criar ambiente com baixa estimulação para desintoxicação - Monitorizar os sinais vitais durante a suspensão - Monitorizar a ocorrência de <i>delirium tremens</i> - Administrar anticonvulsivantes ou sedativos, conforme prescrição - Abordar o comportamento abusivo do paciente de forma neutra - Tratar as alucinações de forma terapêutica - Manter a ingestão adequada de nutrientes e líquidos - Ouvir as preocupações do paciente sobre a abstinência do álcool - Fornecer suporte emocional ao paciente/familiar, conforme apropriado - Providenciar orientação para a realidade, conforme apropriado
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; perda de interesse; insónia; fadiga/perda de energia; lentificação psicomotora; concentração diminuída; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva; alteração da funcionalidade social/familiar (sintomas pensamentos recorrentes de morte não presente)

Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 34 em 56 (eu inadequado - média: 1.8 em 4; eu detestado - média: 2.5 em 4; eu tranquilizador média: 2.4 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente X apresentava-se muito reservada, com humor deprimido evidente e com a presença de alguns sintomas de abstinência etílica ligeiros. Nos primeiros dias do internamento, era necessário estimulá-la para sair do quarto e permanecer nos espaços de convívio que evitava sempre que fosse possível, bem como o diálogo com os profissionais de saúde e outros utentes, respondendo em monossílabos. Ficando apenas na sala, sentada com a utente X, durante alguns dias, esta sentiu confiança para estabelecer contato, ‘sabe, se hoje eu fosse para casa, bebia as garrafas todas que pudesse...’. A partir desta primeira frase, foi possível realizar várias entrevistas individuais com a utente X. Referia sentir-se fracassada, dizendo odiar-se a si própria por vezes, consistente com os elevados graus de autocriticismo identificados. Salienta que sabe não ter razões para se magoar a si própria, mas identificou na tentativa de suicídio uma saída para não que enfrentar o seu problema de alcoolismo. A utente refere que o fato da família ter descoberto, num contexto público, o seu problema de adição, agravou o seu sentimento de vergonha. A partir deste acontecimento, que seria um ‘ponto de fixação’ da utente X, foi feito uma exploração do mesmo acontecimento, de forma a identificar hipóteses positivas a ele associados, como poder ter um tratamento da sua adição. Através da relativização do acontecimento principal, foi explorado alguns pensamentos e sentimentos que a utente X teria, que a motivavam para beber. Foi assim identificado a presença de algumas distorções cognitivas, em que se sentia inferior aos outros, e pensava que ‘bebendo um copito, libertava-me e não estava sempre com um humor tão triste (humor deprimido), e a minha família não se sentia mal por estar ao pé de mim’. Salienta ainda ‘só perceberam o meu problema de alcoolismo quando precisaram de uma garrafa de vinho para uma festa de amigos, e perceberam que não havia nenhuma cheia’. O marido terá sido envolvido no plano de intervenções, colaborando em várias licenças (de um ou dois dias) em que a utente pôde ir para sua casa, tendo segundo o marido, recuperado as suas rotinas sociais e familiares. Foi reforçada a importância do cumprimento do regime medicamentoso. A utente X teve alta do serviço de internamento, para seguimento em clínica específica na área da desabitação alcoólica. No final do internamento, a utente X mantinha a sintomatologia presente, ainda que menos evidente, à exceção dos pensamentos recorrentes de morte e alteração da funcionalidade social/familiar. Os níveis de autocriticismo apresentaram melhores resultados, ainda com uma ligeira subida do eu inadequado. Por sua vez, o eu tranquilizador apresentou uma discreta descida em relação à primeira avaliação, como observado nos seguintes gráficos:	

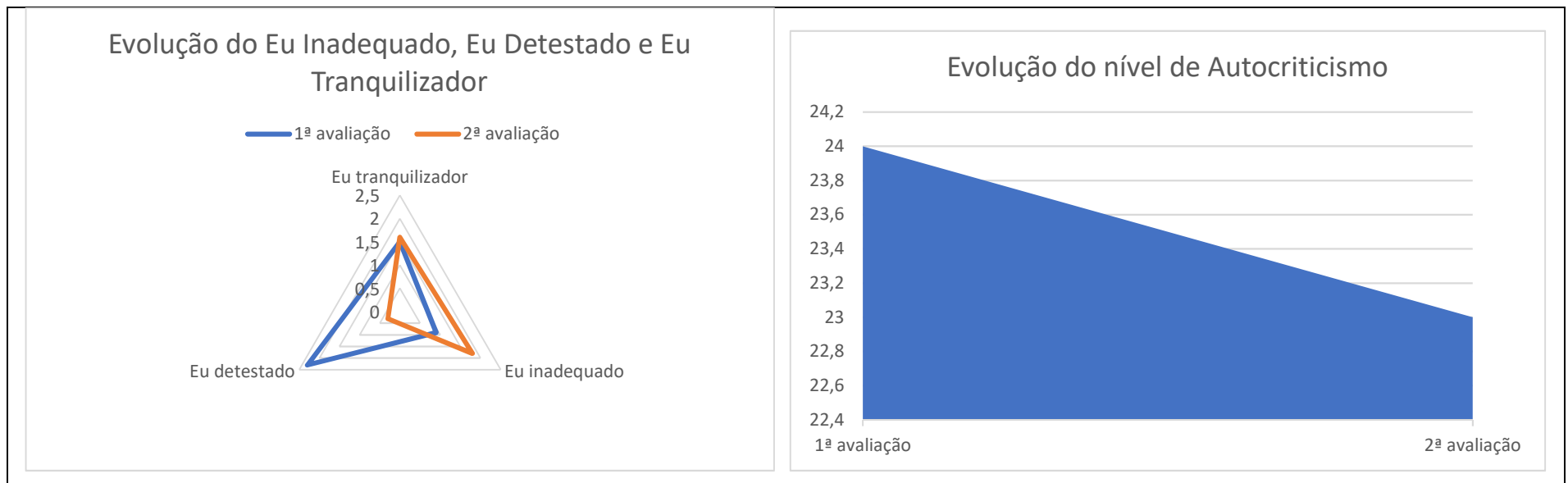


Utente XI	
36 anos/ sexo masculino	
<u>História Breve:</u> Utente XI com diagnóstico de depressão <i>major</i> , reencaminhado através do serviço de urgência, após episódio de agressividade para com a mulher e filha e contra si próprio, apresentando vários nos membros superiores e tórax anterior. Com hábitos etílicos nos últimos meses ('bebia mais que um garrafão, pelo menos não me lembrava de nada e também não pensava em matar-me'. Outras patologias: alcoolismo.	
Potencialidades	Com bom suporte familiar por parte dos pais. Valorização da filha como ponto de referência.
Expetativas	<u>Expetativas (utente):</u> "deixar de beber e voltar a trabalhar" <u>Expetativas (pais):</u> "era bom que ficasse mais sereno e pudesse voltar a trabalhar e ter uma vida normal"

Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Baixa autoestima situacional Culpa excessiva Sentimentos de inutilidade Falta de Adesão Insónia Automutilação Risco de suicídio Alcoolismo
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Insónia, agitação psicomotora, sentimentos de inutilidade, culpa excessiva, capacidade de pensamento diminuída, concentração diminuída, pensamentos recorrentes de morte
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 24 em 56 (eu inadequado - média: 0,9 em 4; eu detestado - média: 2,3 em 4; eu tranquilizador média: 1,5 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, (Bulechek <i>et al</i>, 2013, n.p.)).	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Falta de Adesão</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Risco de Suicídio</i> Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos - Aumento da segurança - Controlo do ambiente: conforto

	- Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar - Toque <i>Intervenção Abstinência de Álcool</i> - Criar ambiente com baixa estimulação para desintoxicação - Monitorizar os sinais vitais durante a suspensão - Monitorizar a ocorrência de <i>delirium tremens</i> - Administrar anticonvulsivantes ou sedativos, conforme prescrição - Abordar o comportamento abusivo do paciente de forma neutra - Tratar as alucinações de forma terapêutica - Manter a ingestão adequada de nutrientes e líquidos - Ouvir as preocupações do paciente sobre a abstinência do álcool - Fornecer suporte emocional ao paciente/familiar, conforme apropriado - Providenciar orientação para a realidade, conforme apropriado <i>Intervenção Automutilação</i> - Controle do humor - Cuidados com as lesões - Escuta ativa - Estabelecimento de limites - Facilitação da autorresponsabilidade - Fortalecimento da autoestima - Identificação do risco
--	--

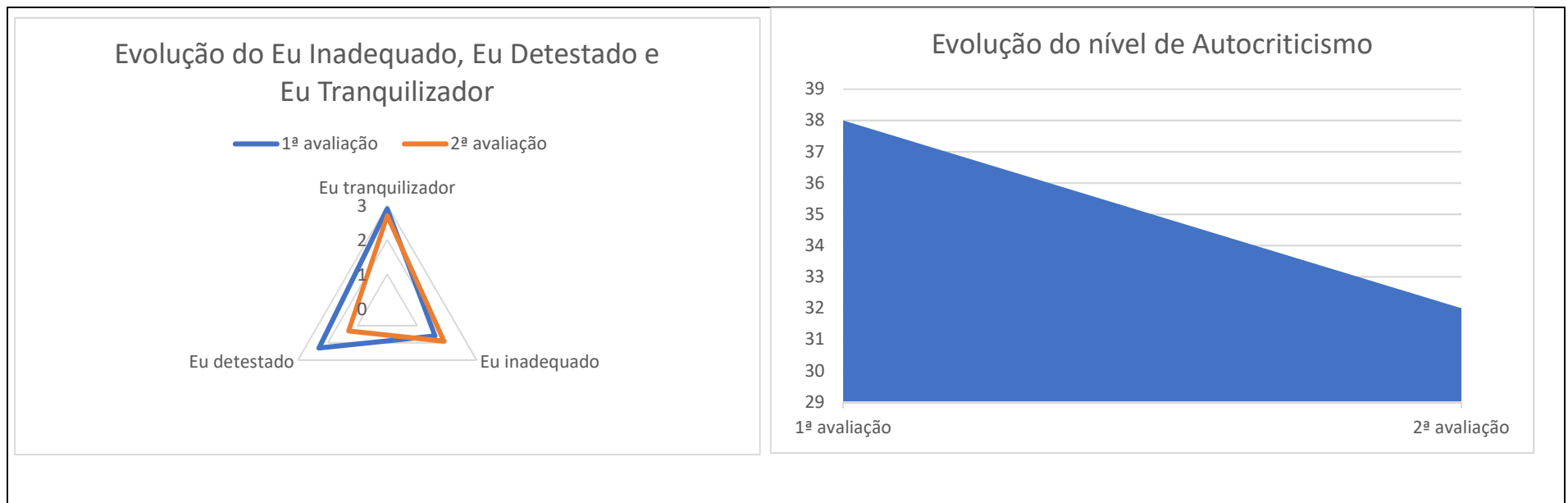
	- Redução da ansiedade - Reestruturação cognitiva - Terapia ocupacional - Treino de assertividade - Treino de controle de impulsos
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Insónia, sentimentos de inutilidade, culpa excessiva, capacidade de pensamento diminuída, concentração diminuída (sintomas pensamentos recorrentes de morte e agitação psicomotora não presente)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 23 em 56 (eu inadequado - média: 1 em 4; eu detestado - média: 1,8 em 4; eu tranquilizador média: 1,6 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: O utente XI apresentava-se com um discurso muito agressivo nos primeiros dias de internamento, também associado ao desconforto experimentado pelos sintomas de abstinência etílica. Pouco recetivo às abordagens dos vários profissionais de saúde. Apresentando-se mais colaborante, em que identifica que desde que iniciou o quadro depressivo, e iniciados hábitos etílicos, terá tido alguns episódios de heteroagressão dirigidos à mulher. Refere não saber porque o fazia, porque ‘no fundo ela sempre me apoiou, mas agora já não há nada a fazer, já nos separámos’. Diz que se sente inútil porque não tem trabalho e não sabe ser um bom pai (perdeu o emprego associado aos hábitos etílicos) e ao mesmo tempo culpado por toda a situação vivenciada. Identifica a filha como a única razão para se manter no internamento, pois refere que se não fosse a filha, já teria abandonado o internamento. Exploradas a importância da filha como fator motivacional, e como se projeta como um ‘melhor pai’. Por avaliação da equipa multidisciplinar, e por incapacidade dos pais para receber o utente XI, este foi reencaminhado para comunidade terapêutica no âmbito das adições. No final do internamento, o utente XI mantinha a sintomatologia presente, à exceção dos pensamentos recorrentes de morte e agitação psicomotora. Os níveis de autocriticismo apresentaram uma ligeira melhoria, ainda com um aumento do eu inadequado. Por sua vez, o eu tranquilizador apresento um aumento em relação à primeira avaliação, como observado nos seguintes gráficos:	



Utente XII	
32 anos/ sexo feminino	
<u>História Breve:</u> Utente XII com diagnóstico de depressão <i>major</i> reencaminhado através do serviço de urgência, sendo este o presente internamento. Utente com diagnóstico de quadro depressivo há 5 anos, beneficiando de acompanhamento de equipa multidisciplinar no domicílio. Há umas semanas que tinha deixado de comparecer no emprego, mantinha-se na cama há vários dias, bem como não teria acompanhado as duas filhas menores, sendo uma delas que terá acionado o serviço de emergência via telefone. Terá abandonado o regime medicamentoso por se sentir bem.	
Potencialidades	Rede alargada de significativos. Com emprego no qual tem apoio dos superiores. Com juízo crítico e <i>insight</i> sobre a psicopatologia, apresentando boa literacia sobre o tema.

Expetativas	<i>Expetativas (utente):</i> “conseguir estabilizar e voltar a tomar conta das minhas filhas”
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Baixa autoestima situacional Culpa excessiva Sentimentos de inutilidade Risco de suicídio
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; ganho de peso; insónia; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva; pensamentos recorrentes de morte; alteração da funcionalidade social/familiar
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 32 em 56 (eu inadequado - média: 1.6 em 4; eu detestado - média: 0.5 em 4; eu tranquilizador média: 3 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, (Bulecheck et al, 2013, n.p.)).	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Falta de Adesão</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Risco de Suicídio</i> Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos - Aumento da segurança - Controlo do ambiente: conforto - Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar

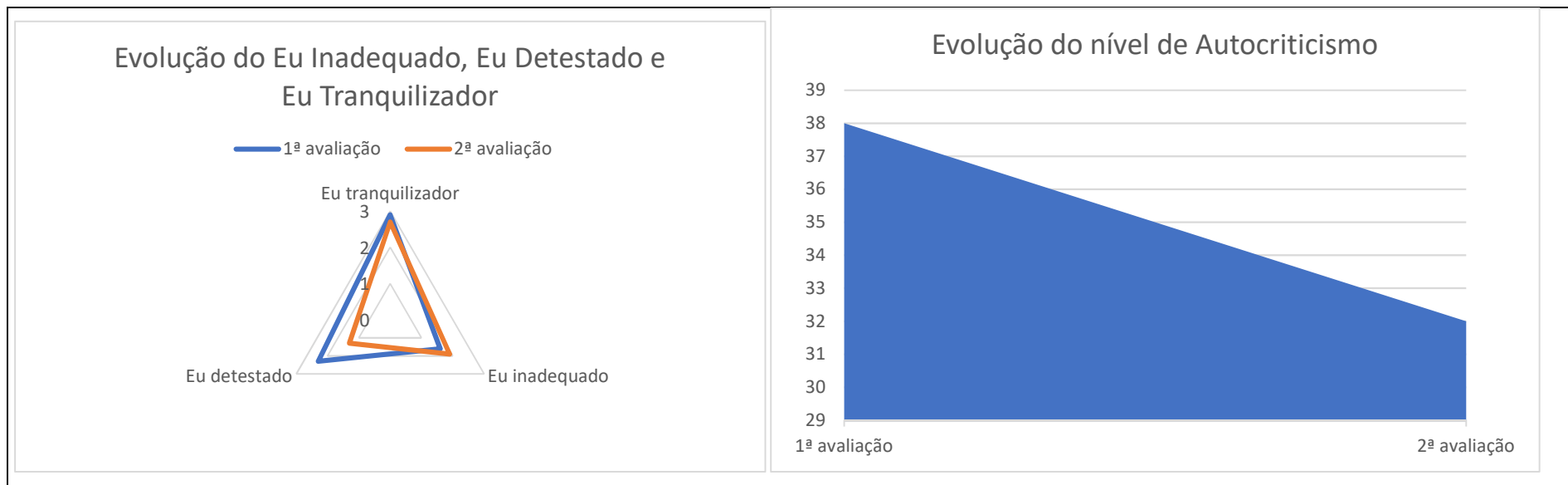
	- Toque
Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; ganho de peso; insónia; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva; pensamentos recorrentes de morte; alteração da funcionalidade social/familiar
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 29 em 56 (eu inadequado - média: 1.8 em 4; eu detestado - média: 0.3 em 4; eu tranquilizador média: 2.8 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente XII apresentava-se com humor deprimido, com algum nervosismo associado ao internamento, manifestando preocupação com o bem-estar das suas filhas. Identifica ter abandonado a medicação, porque se sentia sonolenta, mas não tinha mais nenhum sintoma depressivo. Teria sido a primeira vez que tentaria abandonar o regime medicamentoso, sendo reforçado a importância da adesão ao plano terapêutico. Refere que anteriormente não tinha nenhum sintoma, à exceção da sonolência. Após abandono da terapêutica, refere passar ‘dias e noites, acordada, mas sem conseguir levantar-se, a pensar constantemente de que a culpa era minha’. Salienta o sentimento de culpa, mas sem o ter conseguido associar a um evento. A partir desta premissa, foram identificadas várias distorções cognitivas, que foram exploradas como associadas ao quadro depressivo, e que a utente afirma já não experienciar desde que voltou a cumprir a medicação. A utente foi reencaminhada para o Serviço Social, de forma a retomar o apoio que antes tinha no domicílio, de forma a voltar para a sua casa e reaver as suas filhas, que se encontravam ao cuidado de familiares. No final do internamento, a utente X mantinha a sintomatologia presente, ainda que menos evidente, à exceção dos sintomas culpa excessiva e sentimentos de inutilidade. Os níveis de autocriticismo apresentaram melhores resultados, ainda com uma ligeira subida do eu inadequado. Por sua vez, o eu tranquilizador apresentou uma discreta descida em relação à primeira avaliação, como observado nos seguintes gráficos:	



Utente XII	
43 anos/ sexo feminino	
<u>História Breve:</u> Utente XII com diagnóstico de depressão <i>major</i> há vários anos, reencaminhada através do serviço de urgência, após tentativa de suicídio no local de trabalho; 2º internamento no espaço de 3 meses, ambos associados a tentativa de suicídio. Partilha residência com o pai e a filha, identificando uma situação de violência psicológica entre ela e o pai, na qual é a vítima	
Potencialidades	Valorização da filha como ponto de referência. Com emprego no qual tem apoio dos superiores. Com rede alargada de significativos.
Expetativas	<u>Expetativas (utente):</u> “deixar a casa do meu pai, e ter uma casa com a minha filha, sermos felizes, só isso”

Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Baixa autoestima situacional Culpa excessiva Insónia Risco de suicídio
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido, perda de interesse, insónia, culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 38 em 56 (eu inadequado - média: 1.6 em 4; eu detestado - média: 2.3 em 4; eu tranquilizador média: 2.9 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, 2013).	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Desesperança</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Risco de Suicídio</i> Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos - Aumento da segurança - Controlo do ambiente: conforto - Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar - Toque

Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido, perda de interesse, insónia, pensamentos recorrentes de morte (sintoma culpa excessiva não presente)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 32 em 56 (eu inadequado - média: 1.9 em 4; eu detestado - média: 1.3 em 4; eu tranquilizador média: 2.7 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente XIII apresentava-se com uma atitude desconfiada, pouco colaborante, rejeitando entrevistas individuais. Foi abordada a temática das psicopatologias, fazendo referência a que os sintomas são manifestações dos estados da doença, e não caraterísticas inerentes às pessoas, contudo tal abordagem foi feita em contexto de grupo. Realizou pedido formal para abandono do serviço, tendo alta voluntária a pedido. Foi também reencaminhada para o Serviço Social, no objetivo de beneficiar de habitação social. No final do internamento, o utente XI mantinha a sintomatologia presente, à exceção do sintoma culpa excessiva Os níveis de autocriticismo apresentaram uma melhoria, ainda com um aumento do eu inadequado. Por sua vez, o eu tranquilizador apresentou uma diminuição em relação à primeira avaliação, como observado nos seguintes gráficos:	

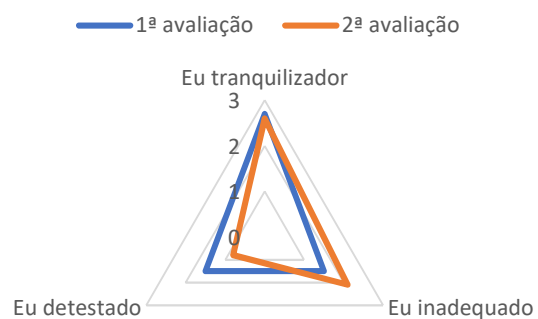


Utente XIV	
53 anos/ sexo feminino	
<u>História Breve:</u> Utente XIV com diagnóstico de depressão <i>major</i> há vários anos, reencaminhada através do serviço de urgência, sendo este o presente internamento. Com humor deprimido e culpa excessiva verbalizada de forma constante, sugestiva de atividade delirante. Com abandono do regime medicamentoso.	
Potencialidades	Com bom suporte familiar (marido e filho)
Expetativas	<u>Expetativas (utente):</u> “recuperar da depressão e voltar para casa”
	<u>Expetativas (família):</u> “conseguir ficar bem”

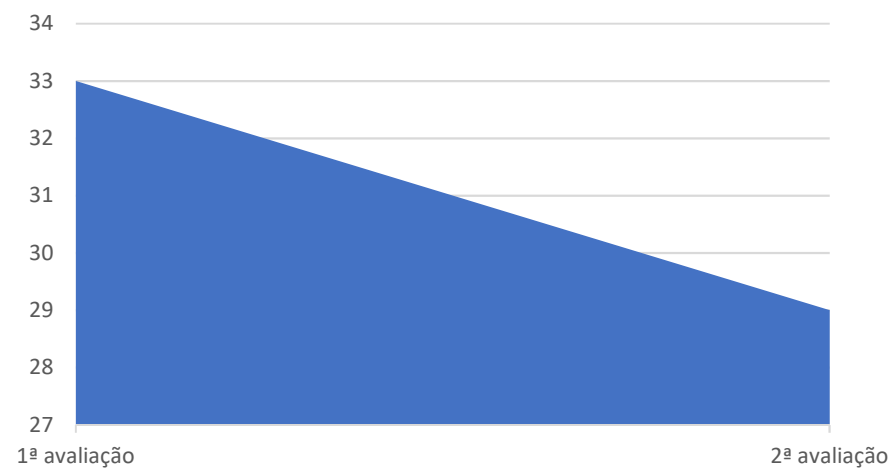
Necessidades prioritárias identificadas (1ª avaliação)	Humor deprimido Baixa autoestima situacional Culpa excessiva Insónia Agitação psicomotora Falta de adesão
Sint. Depressiva total identificada (1ª avaliação)	Humor deprimido; insónia; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva; agitação psicomotora
Autocriticismo - Escala FSCRS (1ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 33 em 56 (eu inadequado - média: 1.5 em 4; eu detestado - média: 1.7 em 4; eu tranquilizador média: 2.7 em 4).
Intervenções de Enfermagem Prioritárias (de acordo com a linguagem Nursing Interventions Classification, (Bulechek <i>et al</i>, 2013, n.p.)).	<i>Intervenção Autonegligência</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Controle do Humor</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Reestruturação Cognitiva</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Baixa Autoestima Situacional</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Falta de Adesão</i> (Intervenções descritas no ANEXO VII– Intervenções de enfermagem NIC) <i>Intervenção Insónia</i> - Administração de medicamentos - Aumento da segurança - Controlo do ambiente: conforto - Relaxamento muscular progressivo - Técnica para acalmar - Toque

Sint. Depressiva total identificada (2ª avaliação)	Humor deprimido; insónia; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva (sintoma agitação psicomotora não presente)
Autocriticismo - Escala FSCRS (2ª avaliação)	Nível de autocriticismo: 29 em 56 (eu inadequado - média: 2.1 em 4; eu detestado - média: 0.8 em 4; eu tranquilizador média: 2.6 em 4).
Avaliação do Processo de Intervenção: A utente XIV com quadro depressivo, sendo o sintoma mais evidente a culpa excessiva, aparentemente associada a discurso sugestivo de atividade delirante. Pedia desculpa a todos os profissionais de saúde ‘por dar trabalho, que nem valia a pena porque não mereço nem chego a fazer nada que valha a pena’. A mesma situação ocorria com os outros utentes, pedindo desculpa por os incomodar. Procurou-se explorar a natureza dos sintomas da depressão, particularizando para o sintoma culpa excessiva, identificando tais sentimentos de culpa com alterações cognitivas características dos quadros depressivos. Foi feito um trabalho profundo no âmbito da análise da existência de evidências que sustentassem tais distorções, sendo que as razões suscitadoras de culpa seria o fato de “estar doente e dar trabalho”. Por conseguinte, a utente conseguiu identificar que tais sentimentos de culpa não tinham uma evidência real que os precipitasse. Foi feita a monitorização, durante o internamento, dos pensamentos de culpa, que a utente registava num caderno, e que depois eram analisados, em entrevista, quanto à sua sustentação. A utente foi incentivada a realizar este procedimento de registo e análise sem acompanhamento, sendo discutido depois os resultados que teria obtido. Também foi explorado com a utente XIV a importância de manter a adesão ao regime medicamentoso, bem como com o seu marido, no sentido de este compreender a importância de manter a medicação, mesmo que a utente aparente uma situação de bem-estar e sem sintomatologia. No final do internamento, a utente XIV mantinha a sintomatologia presente, mas em remissão, à exceção dos sintomas culpa excessiva e sentimentos de inutilidade. Os níveis de autocriticismo apresentaram melhores resultados, ainda com uma subida do eu inadequado. Por sua vez, o eu tranquilizador apresentou uma discreta descida em relação à primeira avaliação, como observado nos seguintes gráficos:	

Evolução do Eu Inadequado, Eu Detestado e Eu Tranquilizador



Evolução do nível de Autocriticismo



ANEXO XI – PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA E ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL

Assunto: Pedido de Autorização para efetuar uma investigação no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da [REDACTED] no âmbito de uma dissertação de mestrado.

Eu, Verónica José Ambrósio Pereira, Enfermeira com Cédula Profissional da Ordem dos Enfermeiros com o n.º de Membro 5-E-71337, mestranda em Enfermagem e estudante da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no Instituto Politécnico de Setúbal, a realizar estágio curricular no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da [REDACTED] venho por este meio solicitar a autorização para a realização de um trabalho de investigação, nesta mesma instituição, referente à temática do autocriticismo, como um processo de autoavaliação negativa patogénica, a sua relação nos processos psicopatológicos, bem como outras eventuais variáveis.

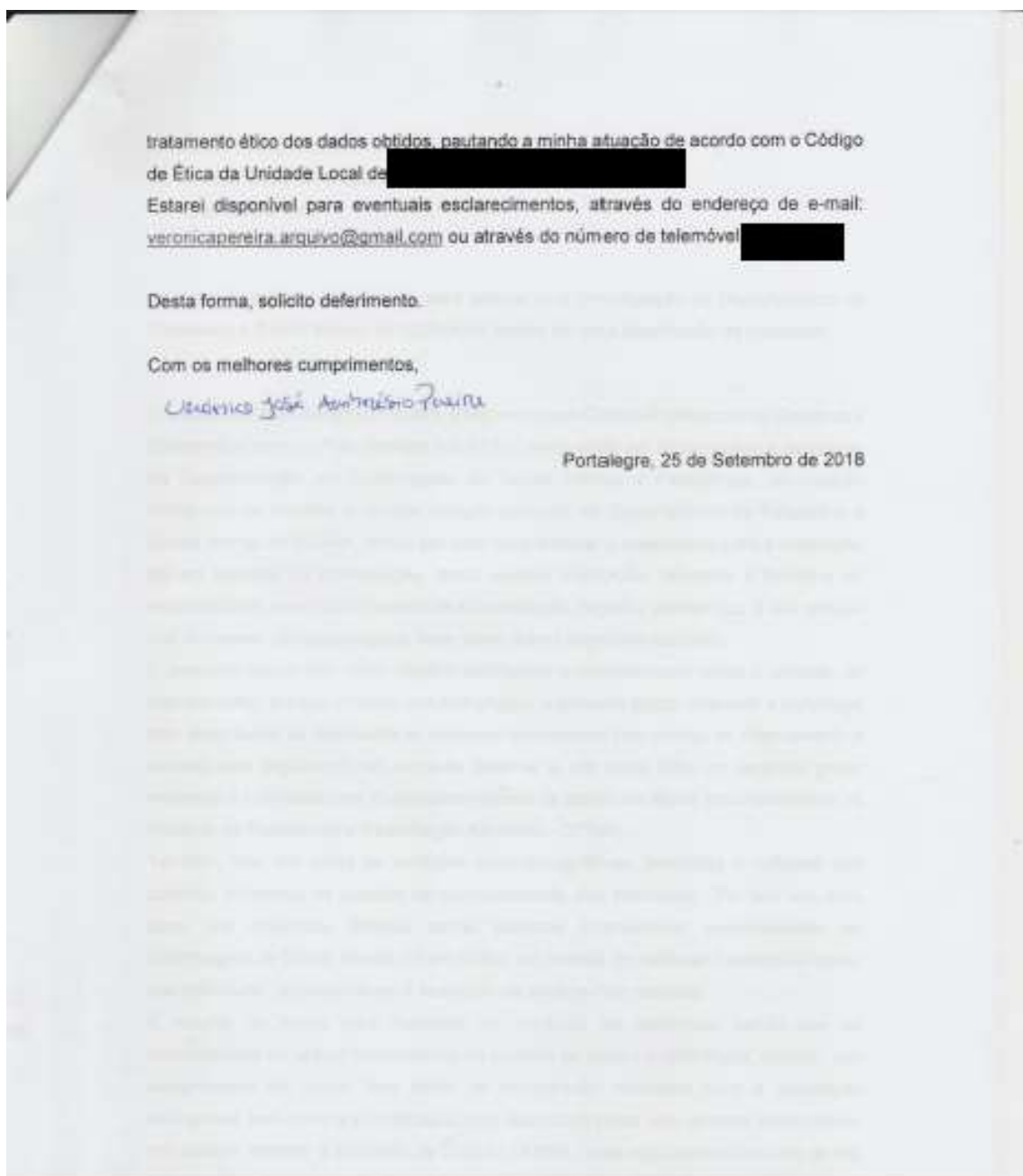
O presente estudo tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o conceito do autocriticismo, e o seu impacto, em dois grupos; o primeiro grupo, referente a indivíduos com diagnóstico de depressão ou sintomas depressivos (em serviço de internamento e consequente seguimento em consulta externa) e, por outro lado, um segundo grupo [REDACTED]

Também terei em conta as variáveis sociodemográficas, familiares e culturais que poderão influenciar os padrões de comportamento dos indivíduos. Por sua vez, com base nos resultados obtidos, serão traçadas intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no sentido de melhorar o estado de saúde dos indivíduos, procedendo-se à avaliação da eficácia das mesmas.

A recolha de dados será realizada em contexto de entrevista, sendo que na eventualidade de aplicar instrumentos de colheita de dados quantitativos, declaro, sob compromisso de honra, que estes se encontrarão validados para a população portuguesa, bem como a sua utilização será autorizada pelos seus autores. Deste modo, irei também informar a comissão de [REDACTED] caso seja necessário o uso de tais instrumentos, no sentido de obter a aprovação para a sua aplicação.

Declaro ainda a responsabilidade e o compromisso de informar os indivíduos sobre os objetivos do estudo, bem como o compromisso de respeitar o direito à livre escolha de participação, confidencialidade, sigilo profissional, direito à proteção dos dados e um

Em 13/09/2018
[REDACTED]
[REDACTED]



ANEXO XII- APROVAÇÃO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA E ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PARA A COLHEITA DE DADOS.

ULSNA+
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO
NORTE / PENTEANO E.P.E.
BASTAÍPOLO
Data: 20/03/2018
Assinado: M. L. Lopes
Assinado: R. P. P.

INFORMAÇÃO
N.º 32/2018, de 11 de outubro.

De: Maria Luíza Lopes
Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis
C/C:
ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação: "Autocriticismo e sintomatologia depressiva em indivíduos com diagnóstico de depressão no internamento de Psiquiatria da ULSNA: formulação de projeto terapêutico."

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
Concordo com o parecer emitido
baseado nas informações fornecidas.
Procede-se em conformidade.
João Moura dos Reis
Presidente do Conselho de Administração

A Sr.ª Enl.ª Verónica José Ambrósio Pereira, encontrando-se a frequentar o Mestrado em Enfermagem, estudante da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no Instituto Politécnico de Setúbal, solicitou autorização para a realização de um estudo de investigação, intitulado: "Autocriticismo e sintomatologia depressiva em indivíduos com diagnóstico de depressão" [REDACTED] formulação de projeto terapêutico."

Cumprе apreciar:

I- Enquadramento
O presente estudo assume a sua relevância e enquadramento pelo facto da depressão se assumir como a doença mental de maior relevância no nível das perturbações mentais, como consta dos dados divulgados pela Direção Geral da Saúde.

II- Objetivo
a) Objetivo geral
- Elaborar projeto de intervenção psicoterapêutica no âmbito do autocriticismo e sintomatologia depressiva.

b) Objetivos gerais
- Avaliar autocriticismo em indivíduos com diagnóstico de depressão.
- Avaliar sintomatologia depressiva predominante em indivíduos com diagnóstico de depressão.
- Relacionar grau de autocriticismo com sintomatologia depressiva predominante.

M09.07.ADM/02

CES
34

Página 1 de 3



INFORMAÇÃO
N.º 92/2018, 11 de outubro

- Desenvolver projeto de intervenção psicoterapêutico com base na relação entre autocriticismo e sintomatologia depressiva predominante.

III- Tipo de estudo

O presente estudo é descritivo e correlacional de natureza qualitativa e quantitativa.

IV- População alvo

Indivíduos com diagnóstico de depressão no [REDACTED]

V- Instrumento de coleta de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Os dados a recolher são de caracterização sociodemográficos, avaliação do autocriticismo em indivíduos com diagnóstico de depressão e avaliação da sintomatologia depressiva predominante.

Os dados são recolhidos através de uma entrevista e da aplicação dos instrumentos Escala de Auto-Criticismo e Auto- Tranquilização, Escala das Funções do Autocriticismo e Auto- Ataque, cujo guião a investigadora juntou.

O guião da entrevista encontra-se dividido em: dados sociodemográficos, sintomatologia depressiva,

VI- Metodologia no tratamento dos dados

O tratamento dos dados, no que à análise estatística respeita, será através da aplicação SPSS 20.0 para o Windows.

Os dados recolhidos são pseudonimizados, utilizando-se apenas um código, sexo e idade, pelo que os titulares da informação não serão identificados nem identificáveis.

VII- Conclusões e propostas

A requerente investigadora, conforme estabelece o protocolo, compromete-se a salvaguardar todas as questões éticas, legais e de confidencialidade, sendo atribuído um código a cada participante, garantindo assim o anonimato.

Na apresentação do trabalho não poderão ser enunciados quaisquer dados de forma a identificar qualquer paciente, nem suscetível de ser identificado.

Não obstante, a informação recolhida se trate de informação que se enquadra no RGPD, ela é permitida nos termos do n.º 2 da al. i) do regulamento, se deve a investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos, é proporcional ao objetivo visado, respeita a proteção de dados não sendo identificável o titular dos dados, defendendo assim os seus direitos fundamentais.

Por outro lado, o fundamento de licitude, encontra-se respaldado no art.º 6º, n.º 1 al. a) do RGPD, já que os titulares da informação prestam o seu consentimento para a finalidade em questão.

Nestes termos, acauteladas as questões ético-legais, a Comissão de Ética, que integra a Encarregada de Proteção de Dados, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre proteção de informação, delibera dar parecer favorável à realização da investigação: "Autocriticismo e sintomatologia depressiva em indivíduos com diagnóstico de depressão no internamento de Psiquiatria da ULSNA: formulação de projeto terapêutico".

A investigadora deverá após conclusão do estudo proceder à apresentação dos resultados na ULSNA, EPE, agendado data para o efeito.



INFORMAÇÃO
N.º 32/2018, 11 de outubro

Também deverá proceder à destruição dos dados, decorrido 1 (um) ano após a apresentação das conclusões.

É tudo quanto cumpre informar

PTA Comissão de Ética
Marta Lopes
Assessora da Comissão de Ética
Hospital de Santa Maria
Serviço de Saúde e Qualidade

Anexo: Requerimento e sumário do projeto.

ANEXO XIII – MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECOLHA DE DADOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Investigação no âmbito do Mestrado em Associação de Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Consentimento Informado

Por favor, leia este pequeno texto:

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Associação de Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e tem como objetivo avaliar a correlação entre a temática do autocriticismo com a sintomatologia depressiva. Para concretizarmos este objetivo, é necessário que responda a algumas perguntas de resposta breve e preencha o questionário Escala de Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização, também de resposta rápida.

A sua participação é muito importante e também voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica.

A investigadora está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a
informação acima apresentada e aceito participar neste estudo.

___ de _____ de ____

ANEXO XIV – O FENÓMENO DO AUTOCRITICISMO E A SUA RELAÇÃO COM A DEPRESSÃO – REVISÃO INTEGRATIVA

O FENÓMENO DO AUTOCRITICISMO E A SUA RELAÇÃO COM A DEPRESSÃO – REVISÃO INTEGRATIVA

THE PHENOMENON OF SELF-CRITICISM AND ITS RELATIONSHIP WITH DEPRESSION - INTEGRATIVE REVIEW

RESUMO

Objetivo: O autocriticismo surge como um fenómeno fortemente associado a estados depressivos. A presente revisão integrativa pretende identificar os estudos mais recentes (2014-2018), que identifiquem a correlação entre autocriticismo e estados depressivos em indivíduos com diagnóstico de depressão.

Método: Foi realizada uma pesquisa de estudos científicos nas bases de dados B-On, EBSCO, Scielo e PubMed. Os critérios de inclusão definidos foram estudos de cariz quantitativo, com amostras compostas por indivíduos adultos com diagnóstico de depressão.

Resultados: Foram incluídos cinco estudos na presente revisão. Foi identificado, nos vários estudos, a correlação positiva entre o autocriticismo e a depressão. Foram também identificados instrumentos de avaliação quantitativa para o autocriticismo, bem como referências ao tipo de tratamentos desenvolvidos sobre a temática em análise.

Conclusão: A importância da correlação positiva entre o autocriticismo e a depressão impele ao desenvolvimento de estudos mais aprofundados sobre esta interação, bem como a inclusão de outros fatores e a avaliação da sua relação. A avaliação da eficácia das intervenções psicoterapêuticas realizadas na esfera desta correlação é também um importante alvo de pesquisa e investigação. Como limitação da presente revisão, identifica-se o pequeno número de estudos integrados devido ao espaço temporal selecionado.

Descritores: Depressão; Sintomatologia Depressiva; Autocriticismo

ABSTRACT

Objective: Self-criticism emerges as a phenomenon strongly associated with depressive states. The present integrative review intends to identify the most recent studies (2014-2018), which identify the correlation between self-criticism and depressive states in individuals diagnosed with depression.

Method: A study of scientific studies was carried out in the databases B-On, EBSCO, Scielo and PubMed. The defined inclusion criteria were quantitative studies, with samples composed of adult individuals with a diagnosis of depression.

Results: Five studies were included in the present review. In the various studies, the positive correlation between autocriticism and depression has been identified. Quantitative assessment tools for self-criticism were also identified, as well as references to the type of treatments developed on the subject under analysis.

Conclusion: The importance of the positive correlation between self-criticism and depression impels the development of more in-depth studies on this interaction, as well as the inclusion of other factors and the evaluation of their relationship. The evaluation of the effectiveness of the psychotherapeutic interventions carried out in the sphere of this correlation is also an important research and research target. As a limitation of this review, we identify the small number of integrated studies due to the selected time span.

Keywords: Depression; Depressive Symptomatology; Self-criticism.

1.INTRODUÇÃO

Muitas têm sido as pesquisas desenvolvidas em torno da temática do autocriticismo e da sua relação com estados depressivos, e também outras psicopatologias. A presente revisão integrativa tem como objetivo identificar os estudos mais recentes, que permitam avaliar a correlação entre o autocriticismo e a depressão. Por outro lado, também é objetivo identificar os instrumentos de medida utilizados, bem como eventuais aportes sobre o tipo de tratamento proposto, para diminuir o autocriticismo, enquanto fator psicopatológico.

Mas porquê a depressão? Que estreita relação tem com o autocriticismo?

Na atualidade, em Portugal, a depressão apresenta-se como a doença mental com maior relevância, em comparação com outras perturbações mentais. O aumento de casos clínicos de depressão, apresenta-se como uma realidade preocupante, que leva a necessidade de um conhecimento profundo sobre esta patologia, e a sua multidimensionalidade, bem como o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção de saúde associadas (Direção Geral de Saúde, 2013).

Também a Organização Mundial de Saúde (2017), estima que a patologia depressiva seja uma das doenças mais incapacitantes num futuro próximo, sendo um impedimento à atividade produtiva. Em 2015 a depressão atingiu o valor de 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade. Sendo também relevante salientar a consistente correlação entre estados depressivos e o suicídio, que apresenta valores médios de oitocentos mil casos por ano (Organização Mundial de Saúde, 2017; Direção Geral de Saúde, 2017).

Para além de um conjunto de sintomatologia normalmente característica dos estados depressivos, a etiologia da depressão é pouco esclarecida, recorrendo-se ao apoio de múltiplas causas e a sua associação. Estas fazem referência a alterações genéticas, neuroendócrinas, fisiológicas e bioquímicas, e por outro lado, fatores psicossociais (Townsend, 2011)

Surgem também importantes evidências que sustentam a associação entre acontecimentos de vida e o stresse ambiental, com o surgir do primeiro episódio

depressivo, bem como a vivência de eventos adversos na infância. Por outro lado, as características da personalidade e a afetividade negativa, inerente ao indivíduo, ganham um espaço importante no desenvolver desta patologia (American Psychiatric Association, 2014; Sadock & Sadock, 2007).

Perante a gravidade da depressão, tanto do ponto de vista individual, como da sua expressão e impacto no mundo atual, torna-se importante aprofundar a complexidade desta patologia, compreendendo, não só a mediação dos seus sintomas, mas também fatores inerentes ao indivíduo que predis põem e agravam o instalar deste quadro.

Neste sentido, surge o conceito de autocriticismo, como um fenómeno associado à auto-avaliação e autojulgamento negativos, que ocorre internamente no indivíduo, a respeito das falhas e erros por si percebidas, mas não totalmente reais ou significativas. O autocriticismo apresenta-se como uma predisposição da personalidade do indivíduo, que se relaciona com várias psicopatologias, salientando-se a estreita relação com a depressão (Blatt, 2008; Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer 2006; Shahar, Doron & Szepeswol 2015).

O autocriticismo pode definir-se então como uma resposta, aos eventos percecionados como falhas ou fracassos, caracterizada por uma auto-avaliação e autojulgamento desproporcionalmente negativos, associado ao prejuízo psíquico (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004, Blatt, 2008).

Esta auto-avaliação negativa toma a forma de auto-punição interna, associada a sentimentos de inferioridade e subordinação, fomentando uma relação interna hostil-dominante, que interfere com o sistema de processamento defesa-ameaça, alterando as respostas do indivíduo a si próprio e ao meio envolvente (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert *et al*, 2004).

Encontra-se estabelecida a relação entre elevados níveis de autocriticismo, concomitantemente com a existência de uma psicopatologia, bem como com experiências precoces associadas a contextos de ameaça, hostilidade, falta de afeto e comparação social (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert *et al*, 2004; Shahar *et al*, 2015).

Vários estudos têm vindo a comprovar a relação entre níveis elevados de autocriticismo e o desenvolvimento de quadros depressivos e a dificuldade na sua remissão (Blatt, 2008, Gilbert *et al*, 2004; Mongrain & Leather, 2006). Também foi

identificado a associação entre o autocriticismo e a reincidência de quadros depressivos (Zuroff, Santor & Mongrain, 2005). Por outro lado, o autocriticismo surge como um fator predisponente associado à já existência de sintomatologia depressiva, ainda que sem diagnóstico clínico definido (Zuroff *et al*, 2005).

Nos estudos, de caráter quantitativo, que incorporam esta revisão, os dados referentes ao autocriticismo foram recolhidos através de instrumentos de avaliação validados. Estes instrumentos são *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (Gilbert *et al*, 2004), na sua versão original e na sua versão portuguesa, validada para esta população (Castilho & Gouveia, 2011) e *Depressive Experiences Questionnaire* (Blatt, D'Affitti, & Quinlan, 1976).

O instrumento *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (Gilbert *et al*, 2004) é composto por três subescalas (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador e Eu Detestado), apresentando esta escala boas propriedades psicométricas (Gilbert, 2004 *et al*; Castilho & Gouveia, 2011). Este instrumento encontra fundamento no modelo de Gilbert para o autocriticismo, que assenta na teoria das mentalidades sociais (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert *et al*, 2004).

Na esfera da teoria das mentalidades sociais, surge uma associação entre o autocriticismo e a mentalidade de *ranking* social, fortemente relacionada com comportamentos associados à comparação e competição com os outros, medo da rejeição e sentimentos de vergonha (Gilbert *et al* 2004, Castilho & Gouveia, 2011). O conceito de mentalidade social caracteriza-se pelo conjunto de estratégias interativas, no sentido de desenvolver um sistema de formação de papéis a desempenhar, que pautam o relacionamento com os outros, e que ocorrem nesta interligação dinâmica, como resposta ao contexto social e seus estímulos (Gilbert *et al*, 2004).

Uma ativação disfuncional desta mentalidade social, por elevado autocriticismo, aumenta o risco do desenvolvimento de psicopatologias, associada a sentimentos de subordinação, inferioridade, vergonha e rejeição, o que atestam a vulnerabilidade dos indivíduos com tais características (Gilbert *et al*, 2004; Castilho & Gouveia, 2011).

O modelo de Gilbert sobre o autocriticismo identifica duas funções a este associado – auto-correção e auto-ataque – que encontram expressão nas formas do eu inadequado e do eu detestado, medidas através do instrumento *Forms of Self-*

Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (Gilbert *et al*, 2004); estas duas formas encontram-se correlacionadas com estados depressivos (Gilbert *et al*, 2004). Neste modelo associa-se uma terceira forma, denominada eu tranquilizador, que tem um carácter positivo, como mediador do eu detestado, que se relaciona com o conceito de autocompaixão (Gilbert *et al*. 2004).

Desta forma, em oposição ao autocriticismo, surge o conceito de autocompaixão. Este conceito caracteriza-se por uma resposta do indivíduo, mais adaptativa às falhas ou erros que identifica, encerrando em si um carácter protetor (Gilbert *et al*, 2004).

A autocompaixão surge então como um fator de regulação emocional, que permite o criar de um distanciamento de situações ou pensamentos geradores de sofrimento, ao invés do autocriticismo, que desenvolve sentimentos de vergonha e culpa, de forma desproporcional, a respeito do acontecimento que o suscitou (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert *et al*, 2004; Berking & Whitley, 2014).

Por sua vez, o instrumento *Depressive Experiences Questionnaire* (Blatt *et al*, 1976), foi desenvolvido, tendo como base o Modelo de Sidney Blatt (Blatt *et al*, 1976), modelo este, de carácter etiológico e psicodinâmico, que terá como principal pressuposto, o reconhecimento dos estados depressivos como uma dimensão normal em todos os indivíduos, sendo que este apenas terá a caracterização de depressão enquanto psicopatologia, em situações extremas ou associada a um estado de vulnerabilidade para desenvolver tal processo (Blatt, 2008).

Este modelo apresenta dois tipos de depressão: a depressão anaclítica ou dependente (relacionada com o traço de personalidade dependência), que se caracteriza por um início associado a alterações nas relações interpessoais significativas, e a depressão introjetiva ou autocrítica (relacionada com o traço de personalidade autocriticismo), que se caracteriza por alterações no *self* (Blatt, 2008).

Segundo Blatt, (Blatt, 2008; Blatt, 1976 *et al*), a dependência e o autocriticismo, surgem como as principais características de personalidade, que constituem um potencial de predição correlacionado com os sintomas depressivos, que se opõem a duas dimensões consideradas essenciais para a existência de saúde mental. Estas duas dimensões são o relacionamento interpessoal e a autodefinição.

Para Blatt (2008), estes dois conceitos interrelacionam-se de forma constante e dinâmica, permitindo ao indivíduo o estabelecer de relações interpessoais mais satisfatórias e estáveis, bem como a rentabilização e construção da sua identidade própria e única.

O instrumento *Depressive Experiences Questionnaire* (Blatt *et al*, 1976) avalia os fatores dependência e autocriticismo, tendo como base experiências depressivas, contendo ainda um terceiro fator: a autoeficácia, que se caracteriza como um fator protetor a respeito dos estados depressivos, que avalia as capacidades e recursos do indivíduo neste sentido (Blatt *et al*, 1976).

A respeito do tratamento para a redução dos níveis de autocriticismo, são sugeridas várias hipóteses, como a psicanálise (Blatt, 2008), a psicoterapia integrativa (Shahar, 2015) e também a terapia focada na compaixão (Gilbert *et al*, 2006; Castilho, 2011, Leaviss & Uttley, 2005). Contudo, salienta-se a importância da necessidade de desenvolver mais investigação sobre a resposta do autocriticismo aos vários tipos de terapias, bem como o testar de outras intervenções e do seu uso de forma multidimensional.

2.METODOLOGIA

Através da presente revisão integrativa pretende-se a realização de uma síntese dos resultados existentes, de forma abrangente e sistemática, sobre a temática do autocriticismo e sua relação com estados depressivos clinicamente diagnosticados.

Este método de pesquisa permite a compilação dos estudos selecionados, através da combinação dos dados de literatura obtidos, de ponto de vista teórico e empírico, proporcionando uma maior compreensão sobre a temática em análise (Ercole, Melo & Alcoforado 2010; Fortin, 1999).

Neste sentido, foi formulada uma pergunta de investigação: *Qual o nível de autocriticismo em indivíduos com diagnóstico de depressão?* Sendo que a pergunta de investigação foi estabelecida de acordo com a metodologia PICO (*Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes*) (Santos, Pimenta & Nobre, 2007).

De acordo com a pergunta de investigação formulada, foram definidos os critérios de inclusão dos estudos a figurar nesta revisão, sendo estes:

- População: adultos com diagnóstico de depressão
- Fenómenos de interesse: os estudos analisados devem incidir sobre a relação entre o grau de autocriticismo em indivíduos com diagnóstico de depressão
- Resultados a obter: os resultados devem espelhar a relação entre os níveis de autocriticismo e os estados depressivos vivenciados pelo indivíduo com diagnóstico de depressão
- Desenho: serão tidos em conta estudos empíricos que apresentem dados quantitativos na avaliação do autocriticismo, devendo apresentar também avaliação da sintomatologia depressiva/depressão.

Foram definidos como critérios de exclusão, estudos não indexados às bases eletrónicas de pesquisa e cujo texto integral não se encontrasse disponível ou que não se encontrasse nos idiomas português ou inglês.

Foram admitidos estudos empíricos publicados nos últimos cinco anos (intervalo temporal entre 2014 e 2018), tendo a pesquisa sido realizada de forma exploratória, nas bases de dados B-On, Scielo, EBSCO e PubMed. As palavras-chave utilizadas foram: *depression*, *depressive disorder*, *self-criticism*, *depression AND self-criticism*, *depressive disorder AND self-criticism* (utilizando o operador booleano AND).

Em relação aos estudos analisados, procedeu-se inicialmente à análise dos títulos e resumos, verificando a abordagem ao tema do autocriticismo e depressão. A partir desta primeira seleção, foi consultado o texto integral dos artigos selecionados, identificando a existência de uma amostra constituída por indivíduos adultos com diagnóstico de depressão, apresentando uma correlação entre autocriticismo e depressão ou sintomatologia depressiva, expressa em dados quantitativos. Neste sentido, foram também identificados os instrumentos de avaliação do autocriticismo e sintomas depressivos/depressão.

Os artigos foram analisados de acordo com o *Quality Assessment Tool For Quantitative Studies* (Effective Public Health Practice Project, 2010), para compreensão da qualidade dos estudos selecionados, tendo os cinco estudos sido considerados com o grau de qualidade necessária, pelo que reforçou a sua inclusão.

3.RESULTADOS

Através da pesquisa desenvolvida nas várias bases de dados, foram obtidos 342 documentos. Após análise do título e resumo, foram selecionados 26 estudos, excluindo-se os restantes por duplicação ou por incompatibilidade com o tema em análise. Seguidamente, procedeu-se à análise do texto integral dos 26 estudos selecionados. Desta análise, 5 estudos foram incluídos na presente revisão. A respeito dos 21 estudos excluídos, os motivos de exclusão foram: amostra composta por adolescentes (3 estudos), sintomatologia depressiva associada a outras psicopatologias, como por exemplo síndrome de ansiedade social, perturbação bipolar ou perturbações alimentares (10 estudos), amostras compostas por indivíduos sem diagnóstico de psicopatologia/amostra não clínica (6 estudos) e por último, o não reporte de resultados em dados quantitativos (2 estudos).

Em seguida, apresenta-se o fluxograma (figura 1) que ilustra o processo de pesquisa desenvolvido para a seleção dos estudos a partir da metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).

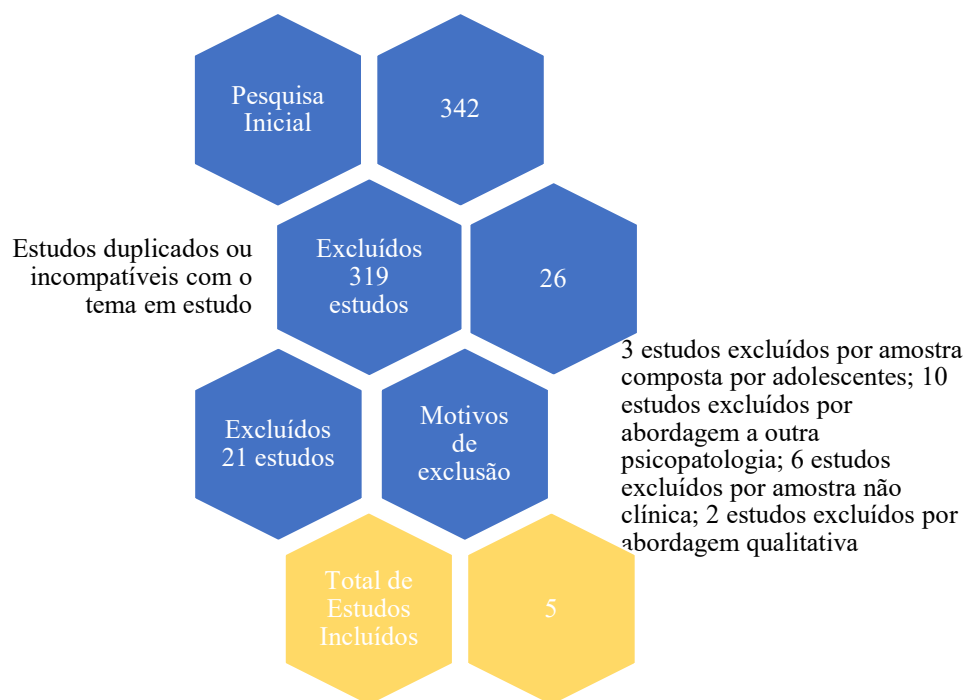


Figura 1: Diagrama de seleção de artigos de acordo com *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Moher et al, 2009).

Dos 5 estudos incluídos, 4 deles incluem amostras compostas por indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major (Dagnino, Pérez, Gómez, Gloger & Krause, 2017; Dinger *et al*, 2015; Ehret, Joormann & Berking, 2015; Straccamore *et al*, 2017). Um dos estudos, apresenta uma amostra composta por indivíduos com várias patologias, incluindo indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2017).

É de referir que um destes estudos apresenta, para além de uma amostra composta por indivíduos com diagnóstico de depressão, uma amostra composta por indivíduos com a mesma patologia, mas em remissão, e uma amostra composta por indivíduos sem diagnóstico ou história prévia de depressão (Ehret *et al*, 2015). Salienta-se também que um dos estudos em análise apresenta uma amostra de indivíduos com depressão subdividida em duas amostras, em que o trabalho de pesquisa foi desenvolvido separadamente, em dois diferentes países – Estados Unidos da América e Alemanha (Dinger *et al*, 2015).

Apresenta-se descrito na Tabela 1, para uma mais fácil visualização dos conteúdos, as características dos estudos incluídos nesta revisão, descrevendo a caracterização da amostra clínica, principais resultados obtidos e também a referência aos instrumentos quantitativos utilizados para a recolha de dados sobre o autocriticismo e sintomatologia depressiva.

Tabela 1

Caraterísticas Metodológicas e Principais Resultados dos Estudos

Identificação do Estudo (Autor/Ano/País)	Amostra (Caracterização)	Método de Pesquisa - Autocriticismo	Método de Pesquisa – Sintomatologia Depressiva	Intervenções/Fenómenos de Interesse
Título: <i>Examining risk and resilience factors for depression: the role of self-criticism and self-compassion</i> Ehret AM, Joormann J, Berking M (2015) Alemanha (estudo transversal quantitativo)	101 indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major; 30 indivíduos com perturbação depressiva major em remissão; 30 indivíduos sem história de perturbação depressiva major atual ou anterior (grupo de controlo) (observações: idade média com depressão 41.03; sexo feminino: 66% da amostra; na amostra em remissão, o último episódio agudo de depressão terá ocorrido numa média há 32.87 meses)	<i>Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale</i> (Gilbert et al, 2004)	<i>Patient Health Questionnaire</i> (versão alemã – Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002)	Para além da avaliação do autocriticismo e sintomatologia depressiva, o presente estudo também aplicou os seguintes questionários: <i>Dysfunctional Attitude Scale – Perfectionism</i> (Hautzinger, Luka & Trautmann, 1985); <i>Perfectionism Cognitions Inventory</i> (De Graaf, Roelofs & Huibers, 2009); <i>Rumination and Sadness Scale</i> (Conway et al, 2000) e <i>Emotion Regulation Skills Questionnaire</i> (Berking & Znoj, 2008).

Principais Resultados	O grupo de indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major atual ou em remissão, apresentam níveis de autocriticismo mais elevados e níveis de autocompaixão menores em relação ao grupo de indivíduos sem história de perturbação depressiva major atual ou anterior. Também neste estudo surge um padrão semelhante em relação ao grupo com diagnóstico de perturbação depressiva major atual e em remissão, em que os indicadores de perfeccionismo e ruminação são mais elevados, enquanto que as estratégias emocionais adaptativas são mais baixas; proporcionalmente verifica-se um aumento dos valores do autocriticismo. Contudo destaca-se que a relação mais evidente, correlacionada com o autocriticismo, é a sintomatologia depressiva. Salienta-se que os valores obtidos no grupo de indivíduos com perturbação depressiva major em remissão apresentam menor sintomatologia depressiva em comparação com o grupo de indivíduos com a patologia atual.			
Título: <i>Interpersonal Problems, Dependency and Self-Criticism in Major Depressive Disorder</i> Dinger U, Barrett MS, Zimmermann J, Schauenburg H, Wright AGC, Renner F, Zilcha-Mano S, Barber JP (2015) – Alemanha/Estados Unidos da América (estudo transversal quantitativo)	151 indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major nos Estados Unidos da América (média de idade 37,5; sexo feminino: 60.9%); 132 indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major na Alemanha (média de idade:35,8; sexo feminino:66,7%) Com comorbilidades associadas e com identificação das caraterísticas sociodemográficas.	<i>Depressive Experiences Questionnaire</i> (Beutel <i>et al</i> , 2004; Blatt <i>et al</i> , 1976)	<i>Beck Depression Inventory II</i> (Beck, Steers & Brown, 1996) <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> (Hamilton, 1960)	Para além da avaliação do autocriticismo e sintomatologia depressiva, o presente estudo também aplicou o instrumento <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> (Horowitz <i>et al</i> , 2000), que visa a avaliação de eventuais dificuldades interpessoais e fontes de distresse.

Principais Resultados	Os indivíduos com maior nível de autocriticismo apresentavam sintomas depressivos mais severos (através da avaliação pelo instrumento <i>Beck Depression Inventory</i>), salientando-se a predominância de sintomas cognitivos da depressão medidos pela mesma escala. Também foi identificado uma correlação positiva entre o autocriticismo, dependência e distresse interpessoal. É de destacar que a amostra, composta por indivíduos nos Estados Unidos da América, apresentava níveis de depressão mais graves, apresentando maiores níveis de distresse. Também a amostra, composta por indivíduos nos Estados Unidos da América, apresentava maior nível de autocriticismo em comparação com os resultados da amostra composta por indivíduos na Alemanha.			
Título: <i>Depression and Attachment: how do personality styles and social support influence this relation?</i> Dagnino P, Pérez C, Gómez A, Gloger S, Krause M (2017) – Chile (estudo transversal quantitativo)	70 adultos com diagnóstico de perturbação depressiva major (média de idade: 41.47; sexo feminino:83%).	<i>Depressive Experiences Questionnaire</i> (Blatt <i>et al</i> , 1976)	<i>Beck Depression Inventory</i> (Beck <i>et al</i> 1961)	Para além da avaliação do autocriticismo e sintomatologia depressiva, o presente estudo também aplicou os instrumentos: - <i>Experience in Close Relationships Scale</i> (Brennan <i>et al</i>, 1998) - <i>Social Support Questionnaire Short Form</i> (Sarason, 1987)
Principais Resultados	Os resultados evidenciam que a relação entre alterações nos resultados referentes ao apego (nas suas dimensões ansiedade e evitamento medidas pelo instrumento <i>Experience in Close Relationships Scale</i>) e referentes aos sintomas depressivos, são parcialmente mediadas por elevados níveis de autocriticismo. Ou seja, elevados níveis de ansiedade e evitamento relacionam-se com o aumento do autocriticismo; que por sua vez, se correlaciona com o aumento da expressão da sintomatologia depressiva.			

Título: <i>Personality Factors and Depressive Configurations. An Exploratory Study in an Italian Clinical Sample</i> Straccamore F, Ruggi S, Lingiardi V, Zanardi R (2017) – Itália (estudo transversal quantitativo)	51 adultos com diagnóstico de perturbação depressiva major (média de idade 51.59 anos; sexo feminino 66.7%)	<i>Depressive Experiences Questionnaire</i> (Blatt <i>et al</i>, 1976)	<i>Beck Depression Inventory II</i> (Beck, Steer & Brown, 1996) <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> (Hamilton, 1960)	Para além da avaliação do autocriticismo e sintomatologia depressiva, o presente estudo também aplicou o instrumento <i>Shedler Westen Assessment Procedure-200</i> (Westen & Shedler, 2007)
Principais Resultados	Os resultados obtidos espelham elevados graus de autocriticismo correlacionados positivamente com sintomas depressivos, através da correlação de dados do instrumento <i>Depressive Experiences Questionnaire</i> e o instrumento <i>Beck Depression Inventory II</i>, enfatizando a correlação mais evidente com os sintomas cognitivos e somáticos. Foi estabelecida uma correlação positiva entre elevados níveis de autocriticismo com a seguinte sintomatologia depressiva: pessimismo, falhas do passado percebidas, sentimentos de culpa, sentimentos punitivos, estado de autocritica, baixa autoestima, perda de interesse, alterações do apetite, dificuldades de concentração, estado de cansaço, ansiedade psicológica e somática e humor depressivo. Este estudo também identificou algumas correlações entre alguns itens avaliados, nos diferentes instrumentos, com o género dos indivíduos, mas não identificou correlação entre o género e a variável autocriticismo.			

Título: <i>Two forms of self-criticism mediate differently the shame-psychopathological symptoms link</i> Castilho P, Pinto-Gouveia J, Duarte J (2017) – Portugal (Estudo transversal exploratório quantitativo)	279 adultos com psicopatologia distribuída entre o axis I e II (de acordo com o DSM-IV) – (média de idade – 28.58 anos; sexo feminino:81.72%)	<i>Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale</i> (Gilbert <i>et al</i>, 2004; versão portuguesa – Castilho <i>et al</i>, 2011)	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i> (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa – Pais-Ribeiro <i>et al</i>, 2004)	Para além da avaliação do autocriticismo e sintomatologia depressiva, o presente estudo também aplicou o instrumento <i>Other as Shamer Scale</i> (Allan <i>et al</i>, 1994; versão portuguesa – Matos <i>et al</i>, 2014)
Principais Resultados	O presente estudo identifica a correlação positiva entre o autocriticismo, a vergonha externa e sintomatologia depressiva. Não foi identificadas correlações significativas entre o género e os níveis de autocriticismo ou outra das variáveis estudadas. No estudo, não se identifica correlação entre os níveis de autocriticismo e as diferentes psicopatologias que compõem a amostra, apesar de estar referido as várias psicopatologias que compõem a amostra, incluindo indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major. Este estudo correlacionou graus de autocriticismo, nas suas formas, com a sintomatologia depressiva, entre outras.			

Em todos os estudos em análise, foi identificado uma correlação positiva consistente entre elevados graus de autocriticismo e a presença de sintomatologia depressiva (Castilho *et al*, 2017; Dagnino *et al*, 2017; Dinger *et al*, 2015; Ehret *et al*, 2015; Straccamore *et al*, 2017).

Comparativamente, os estudos que utilizaram o instrumento *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (Gilbert *et al*, 2004), identificaram que os elevados níveis de autocriticismo se correlacionam com baixos níveis de autocompaixão (Castilho *et al*, 2017; Ehret *et al*, 2015).

Também foram identificadas correlações positivas entre o autocriticismo e a vergonha externa (Castilho *et al*, 2017) e também com os fatores perfeccionismo e ruminação. Por outro lado, foi verificado que quanto maior as estratégias emocionais adaptativas, menor os níveis de autocriticismo (Ehret *et al*, 2015).

Salienta-se que os níveis de autocriticismo são mais baixos em indivíduos com diagnóstico de depressão em remissão, comparativamente a indivíduos com diagnóstico de depressão atual. E por sua vez, indivíduos sem diagnóstico de depressão apresentam níveis ainda mais baixos comparativamente aos outros dois grupos anteriormente referidos. Salienta-se também a evolução dos níveis de autocompaixão nos três grupos inversamente proporcional à evolução dos níveis de autocriticismo (Ehret *et al*, 2015).

Por sua vez, os estudos que utilizaram o instrumento *Depressive Experiences Questionnaire* (Blatt *et al*, 1976), identificaram, para além da relação positiva entre a sintomatologia depressiva e o autocriticismo, outras correlações positivas entre este último com a dependência e o distresse interpessoal (Dinger *et al*, 2015).

Por outro lado, alterações no âmbito do apego (nas suas dimensões ansiedade – caraterizado pelo medo de ser rejeitado e abandonado, e evitamento – caraterizado pelo medo da intimidade e proximidade com os outros - medidas pelo instrumento *Experience in Close Relationships Scale* - Brennan *et al*, 1998), mais consistentemente na dimensão evitamento, estabelecem também uma correlação positiva com elevados níveis de autocriticismo. A partir do mesmo instrumento acima referido, foi identificado uma evidente relação entre um maior nível de satisfação com a rede social e, conseqüentemente, uma menor sintomatologia depressiva (Dagnino *et al*, 2017).

Por sua vez, e com maior detalhe, foi identificado uma correlação positiva entre elevados níveis de autocriticismo com a seguinte sintomatologia depressiva presente: pessimismo, falhas do passado percebidas, sentimentos de culpa, sentimentos punitivos, estado de autocrítica, baixa autoestima, perda de interesse, desinteresse, alterações do apetite, dificuldades de concentração, estado de cansaço, ansiedade psicológica e somática e humor depressivo (Straccamore *et al*, 2017).

É de referir, de forma particularizada, a correlação positiva verificada entre elevados níveis de autocriticismo e sintomas depressivos de cariz cognitivo e somático (Straccamore *et al*, 2017, Dagnino *et al*, 2017).

Não foram identificadas ou referidas diferenças entre os níveis de autocriticismo e o género dos indivíduos (Castilho *et al*, 2017, Dinger *et al*, 2015, Straccamore *et al*, 2017).

A respeito de fatores sociodemográficos, Dinger *et al* (2015), identifica no seu estudo que os indivíduos constituintes da amostra dos Estados Unidos de América, apresentavam maior nível de depressão, distresse e autocriticismo em comparação com os indivíduos constituintes da amostra da Alemanha.

4.DIUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos nos estudos selecionados (Castilho *et al*, 2017; Dagnino *et al*, 2017; Dinger *et al*, 2015; Ehret *et al*, 2015; Straccamore *et al*, 2017), que evidenciam a correlação positiva entre autocriticismo e sintomatologia depressiva, são similares a estudos anteriores realizados, que já descrevem a existência desta relação (Blatt, 2008; Gilbert *et al*, 2004; Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth, 2013; Hutton, Kelly, Lowens, Taylor & Tai, 2013; Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, Moskowitz & Paris, 2012; Zuroff *et al*, 2005).

Também esta correlação positiva entre o autocriticismo e os estados depressivos são consistentes e semelhantes nos dois instrumentos de avaliação do autocriticismo identificados nesta revisão.

As relações percebidas entre o autocriticismo e a dimensão evitamento, associada ao fator apego (Dagnino *et al*, 2017), estabelece a ponte para a relevância de uma ‘parentalidade disfuncional’, associada a fatores de submissão e rejeição, como um adjuvante ao desenvolvimento do autocriticismo, desde estadios de infância e juventude (Castilho, Pinto-Gouveia, Amaral & Duarte, 2014; Sobrinho, Campos & Holden, 2016).

Por outro lado, foram identificadas alterações nos valores do autocriticismo, comparativamente entre duas amostras de países diferentes (Dinger *et al*, 2015), em que os fatores culturais e sociodemográficos já terão sido identificados em outros estudos (Yamaguchi, Kim & Akutsu, 2014). Como referido no estudo analisado, os fatores associados a estas ‘diferenças intercontinentais’, poderão ser explicados por vários fatores, mediados por uma interação transcultural, sendo salientado pelo autor, de forma isolada, a questão de uma eventual ‘cultura de personalidade’ característica de cada país/cultura, ou pelos tipos de tratamentos disponibilizados por estes dois países (Dinger *et al*, 2015).

Também é de referir a correlação positiva identificada entre os elevados níveis de autocriticismo e sintomas depressivos cognitivos e somáticos (Straccamore *et al*, 2017, Dagnino *et al*, 2017), que reforça em si, a importância das alterações a nível da estruturação cognitiva dos indivíduos com autocriticismo, que encontram expressão nas

suas autoavaliações, associadas ao seu processo de pensamento (Blatt, 2008; Castilho, 2011; Gilbert *et al*, 2006; Shahar *et al*, 2015).

Salienta-se a importância de tais eventuais alterações cognitivas que, tal como ocorrem como fator de predisposição para a depressão (Beck, 2013), poderão também concorrer para um mais exacerbado desenvolvimento do autocriticismo, potenciando um quadro depressivo já instalado.

Como respostas psicoterapêuticas, a respeito do elevado autocriticismo, foram identificados resultados pouco satisfatórios associados à terapia cognitiva tradicional (Castilho 2011; Rector, Bagby, Segal, Joffe & Levitt, 2000); a redução dos níveis de autocriticismo através da terapia focada na compaixão, permitindo trabalhar o conceito de autocompaixão, levam a uma resposta emocional positiva associada a uma resposta cognitiva, também esta positiva, apresentando melhores resultados na sua conjugação (Ehert *et al*, 2015; Castilho, 2011; Gilbert *et al*, 2006).

É muito importante um estudo mais aprofundado sobre o autocriticismo, com um caráter mais abrangente, que compreenda todo o espectro do autocriticismo, enquanto um fator variável e contínuo em cada indivíduo. Para além de um elevado autocriticismo, associado a estados depressivos ou ansiosos, surge outro oposto, em que níveis extremamente baixos de autocriticismo foram relacionados com sintomas narcisistas (Kealy, Tsai & Ogrodniczuk, 2012; Luyten & Blatt, 2013); estas evidências mostram-nos o potencial deste conceito dinâmico e a importância de aprofundar as suas possíveis inter-relações com outros fatores psicopatológicos, de personalidade e também associados aos contextos sociais e familiares.

Como limitações deste estudo, foram identificadas o uso de apenas estudos transversais, sendo que o desenvolvimento de estudos longitudinais, prospetivos e experimentais, irão permitir uma maior abrangência de resultados, bem como a identificação de relações causais entre o autocriticismo e outros fatores. A respeito das amostras dos estudos, a predominância de indivíduos do sexo feminino, também surge como oportunidade de investigação, sendo positivo a seleção de amostras de forma mais homogénea e também de maiores dimensões.

A importância de estudos com amostras clínicas e não clínicas surge como um fator importante de comparação. Contudo, devido aos critérios estipulados para a presente

revisão, também foram identificados estudos com amostras não clínicas, mas não foram considerados para este trabalho. Contudo, apresentam-se disponibilizadas nas referências bibliográficas (Castilho *et al*, 2014; Sobrinho *et al*, 2016; Yamaguchi *et al*, 2014; Manfredi *et al*, 2016).

Apesar dos critérios definidos, em termos do espaço temporal (2014 a 2018), com o intuito de obter as últimas evidências sobre a temática em análise, salienta-se a pertinência da consulta de alguns trabalhos anteriores a 2014, no sentido de fortalecer a compreensão da temática do autocriticismo e da sua relação com a psicopatologia. Apesar de não figurarem nesta revisão enquanto elemento analisado, mas como aporte bibliográfico, reforçam a compreensão sobre o trabalho desenvolvido em torno deste fenômeno. Estes estudos são: Blatt, S.J., 2008. *Polarities of Experience: Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*, Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R., Palmer, M. (2006) *Self-criticism and Self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression* e Shahar, B., 2012. *A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism*.

5.CONCLUSÕES

A presente revisão integrativa, na qual figuram os últimos estudos quantitativos, sobre a relação entre o autocriticismo e estados depressivos, responde à questão de investigação previamente formulada, identificando a correlação positiva entre os dois conceitos em estudo.

Como já foi referido, as últimas evidências científicas identificadas encontram-se de acordo com estudos anteriores, conferindo consistência à correlação positiva entre o autocriticismo e sintomatologia depressiva, bem como a outras psicopatologias. Esta consistência identifica e reforça a importância do aprofundamento das pesquisas sobre o autocriticismo e a sua complexidade. Por outro lado, salienta o autocriticismo, não apenas como um fator que se desenvolve associado a um estado depressivo, mas também como um importante fator preditor para o desenvolvimento da depressão. Neste sentido, para além do desenvolvimento de tratamentos que desenvolvam cada vez melhores resultados,

torna-se importante a aposta em estratégias de prevenção, que identifiquem tais vulnerabilidades. Desta forma, irão permitir o desenvolvimento de intervenções que capacitem os indivíduos, para fortalecer as suas respostas internas, tornando-as mais eficazes e mais saudáveis.

Como limitações desta revisão, reforça-se a identificação apenas de estudos transversais, sendo importante o desenvolvimento de estudos longitudinais e experimentais. Surge também como oportunidade de pesquisa, o acesso a amostras de grandes dimensões e mais representativas, abordando vários contextos socioeconómicos, culturais, profissionais e familiares. A valorização do contexto do indivíduo, remete-nos à importância do estudo e avaliação de outros fatores pessoais e internos, incluídos nesse mesmo contexto, identificando possíveis correlações com os graus de autocriticismo existentes. É de referir a importância de estudos que avaliem o impacto das diferentes intervenções psicoterapêuticas na evolução dos níveis de autocriticismo.

Surge como sugestão, a realização de revisões integrativas e sistemáticas, incluindo estudos anteriores a 2014, bem como a associação do autocriticismo a outros estados patológicos, a identificação do autocriticismo em amostras não clínicas e possíveis relações com sintomatologia psicopatológica, bem como contextos internos e externos dos indivíduos e também a sua história de vida.

Surge como importante reflexão, a pouca expressão de trabalhos desenvolvidos pela disciplina de Enfermagem sobre o autocriticismo. Também esta surge como uma importante área de intervenção para os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sendo relevante a incorporação deste conceito como uma mais valia na intervenção especializada para com o indivíduo, famílias, grupos e comunidade.

A respeito de considerações éticas, o presente estudo não necessita de consentimento para a sua realização, mas não figura neste qualquer estudo em que ocorram experimentos com humanos ou animais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). *DSM - V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores

Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitiva: Teoria e Prática* 2ª Edição. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Berking, M.; Whitley, B (2014). *Affect Regulation training - A Practitioners' Manual*, New York, Springer

Blatt, S.J., D'Affitti, J.P., Quinlan, D.M., (1976). Experiences of Depression in normal young adults. *Psychol.* 85, 383-389. Consultado a 15/01/2019 em <http://psycnet.apa.org/PsycBOOKS/toc/11749>

Blatt, S.J., 2008. *Polarities of Experience: Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. American Psychological Association, Washington, DC.

Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Consultado a 15/01/2019 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20463/3/Paula%20Castilho%20TESE%202011.pdf>

Castilho, P., Gouveia, J.P. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86 Consultado a 15/01/2019 em <http://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1101/549>

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V., Duarte, J., (2014). Recall of threat and submissiveness in childhood and psychopathology: the mediator effect of self-criticism. *Clin. Psychol Psychoter.* 21, 73-81. Consultado a 15/01/2019 em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.1821>

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Duarte, J. (2017) Two forms of self-criticism mediate differently the shame-psychopathological symptoms link. *Psychol Psychoter.* 90, 44-54. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27249062>

Dagnino, P., Pérez, C., Gómez, A., Gloger, S., Krause, M. (2017) Depression and Attachment: how do personality styles and social support influence this relation? *Researching Psychotherapy*, Vol 20. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/237>

Dinger, U., Barrett, M.S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A.G.C., Renner, F., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2015). Interpersonal Problems, Dependency and Self-Criticism in Major Depressive Disorder. *J Clin Psychol* 71. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25283680>

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa nacional para a saúde mental - Plano nacional de prevenção do suicídio*. 2013-2017. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017). *Relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.dgs.pt/emdestaque/relatorio-doprograma-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>

Effective Public Health Practice Project (2010). *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*. Consultado a 15/01/2019 em https://merst.ca/wp-content/uploads/2018/02/quality-assessment-tool_2010.pdf

Ercole F.F., Melo L.S., Alcoforado C.L.G.S. (2014) Revisão Integrativa Versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*. Volume 18.1. Consultado a 15/01/2019 em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>

Ehret, A.M., Joormann, J., Berking, M. (2015) Examining risk and resilience factors for depression: the role of self-criticism and self-compassion. *Cogn. Emot.* 29, 1496-1504. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25517734>

Fortin M-F. (1999). *O processo de Investigação, da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S. Miles, J.N.V., Irons, C. (2004) Criticizing and Reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *Clin. Psychol.* 43, 31-50. Consultado a 15/01/2019 em <https://compassionatemind.co.uk/uploads/files/criticising-and-reassuring-oneself.pdf>

Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R., Palmer, M. (2006) Self-criticism and Self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Cogn. Psychother.* 20, 183-200. Consultado a 15/01/2019 em <https://pdfs.semanticscholar.org/0b66/03dc7be7dcb9b2248b893d56494387d31ead.pdf>

Hutton, P., Kelly, J., Lowens, I., Taylor, P.J., Tai, S., (2013). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: a comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. *Psychiatry Res.* 205, 127-136. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178112004428>

Kealy, D., Tsai, M., Ogrodniczuk, J.S., (2012). Depressive tendencies and pathological narcissism among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* 196, 157-159.

Consultado a 15/01/2019 em

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178111006172>

Kopala-Sibley, D.C., Zuroff, D.C., Russell, J.J., Moskowitz, D.S., Paris, J., (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: differences in affective reactivity explain. *Abnorm. Psychol.* 121, 680-691. Consultado a 15/01/2019

em <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0028513>

Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy.* 44, 501-513. Consultado a 15/01/2019

em

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789413000397?via%3Dihub>

Leaviss J., Uttley, L. (2015) Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol. Med.* 45, 927-945. Consultado a 15/01/2019 em <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>

Luyten, P., Blatt, S.J., 2013. Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: retrospect and prospect. *Am. Psychol.* 68, 172-183. Consultado a 15/01/2019 em

<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0032243>

Manfredi, C., Caselli, G., Pescini, F., Rossi, M., Rebecchi, D., Ruggiero, G.M., Sassaroli, S. (2016). Parental criticism, self-criticism and their relation to depressive mood: an exploratory study among a non-clinical population. *Res. Psychother. Psychopathol.* 19. Consultado a 15/01/2019 em

<https://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/178>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6, e1000097. Consultado a 15/01/2019 em <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>

Mongrain, M. & Leather, F. (2006) Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Psychology*, 62, 705-713. Consultado a 15/01/2019 em https://www.researchgate.net/publication/7239301_Immature_dependence_and_self-criticism_predict_the_recurrence_of_major_depression

Organização Mundial de Saúde (2017). *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Consultado a 15/01/2019 em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2eng.pdf?utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500cEMAIL_CAMPAIGN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-d538ec500c&utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500cEMAIL_CAMPAIGN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-d538ec500c260570285

Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 571-584. Consultado a 15/01/2019 em <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1005566112869>

Sadock, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

Santos, C.M.C., Pimenta, C.A.M., Nobre, R.C. (2007) A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15, 3. Consultado a 15/01/2019 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

Shahar, B., Carlin, E.R., Engle, D.E., Hegde, J., Szepeswol, O., Arkowitz, H., (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clin. Psychol. Psychother.* 19, 496-507. Consultado a 15/01/2019 em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.762>

Shahar, B., Doron, G., Szepeswol, O., (2015). Childhood maltreatment, shame-proneness and self-criticism in social anxiety disorder: a sequential mediational model. *Clin.Psychol. Psychother.* 22, 570–579. Consultado a 15/01/2019 em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.1918>

Sobrinho, A.T., Campos, R.C., Holden, R.R., (2016). Parental rejection, personality, and depression in the prediction of suicidality in a sample of nonclinical young adults. *Psychoanal. Psychol.* 33, 554-570. Consultado a 15/01/2019 em <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fpap0000051>

Straccamore, F., Ruggi, S., Lingardi V., Zanardi, R. (2017) Personality Factors and Depressive Configurations. An Exploratory Study in an Italian Clinical Sample. *Front. Psychol.* 8, 251. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28316575>

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Yamaguchi, A., Kim, M.-S., Akutsu, S., (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. *Pers. Individ. Dif.* 68, 65-70. Consultado a 15/01/2019 em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188691400172X>

Zuroff, D.C., Santor, D. A., Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism and maladjustment. *Relatedness, self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt*, (pp.75-90) London, Brunner-Routledge. Consultado a 15/01/2019 em <https://doi.org/10.4324/9780203337318>

Anexo I: Tabela de resultados adaptado de *Quality Assessmnt Tool For Quantitative Studies* (2010)

Quality Assessmnt Tool For Quantitative Studies	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3	Estudo 4	Estudo 5
Component Ratings	Dagnino <i>et al</i> (2017)	Dinger <i>et al</i> (2015)	Ehret <i>et al</i> (2015)	Castilho <i>et al</i> (2017)	Straccamore <i>et al</i> (2017)
A) Selection Bias Q1 Are the individuals selected to participate in the study likely to be representative of the target population?	1	1	1	2	1
A) Selection Bias Q2 What percentage of selected individuals agreed to participate?	1	1	1	1	1
sub-total	2	2	2	3	2
B) Study Design - Indicate the study design	1	1	1	1	1
B) Study Design - was the study described as rand mized (If NO, go to componet C)?	2	1	1	2	2
B) Study Design - If yes, was the method of randomizations described)		sim	sim		
B) Study Design - if Yes, was the method appropriate?		sim	sim		
sub-total	3	3	3	3	3
C) Confounders Q1 - Were the important differences between groups prior to the intervention?	2	2	2	2	2
C) Confounders Q2 - if yes, indicate the percentage of relevant confounders that were controlled?					
sub-total	2	2	2	2	2
D) Blinding Q1 Was/were the outcome assessor/s aware of the intervention or exposure status of participants?	3	3	3	3	3
D) Blinding Q2 Were the study participants aware of the research question?	1	1	1	1	1
sub-total	4	4	4	4	4
E) Data Colletion Methods Q1 Were data collection tools shown to be valid?	1	1	1	1	1
E) Data Colletion Methods Q2 Were data collection tools shown to be reliable?	1	1	1	1	1
sub-total	2	2	2	2	2
F) Withdrawals and drop-outs Q1 Were whitdrawals anda drop-outs reported in terms of numbers and/or reasons per group?	4	4	4	4	4
F) Withdrawals and drop-outs Q2 Indicate the percentage of participants completing the study	5	5	5	5	5

sub-total	9	9	9	9	9
G) Intervention Integrity Q1 What percentage of participants received the allocated intervention or exposure of interest?	3	3	3	3	3
G) Intervention Integrity Q2 Was the consistency of the intervention measured?	3	3	3	3	3
G) Intervention Integrity Q3 Is it likely that subjects received as unintended intervention that may influence the results?	4	4	4	4	4
H) Analyses - Q1 Indicate the unit of allocation	Indivíduo	Indivíduo	Indivíduo	Indivíduo	Indivíduo
H) Analyses - Q2 Indicate the unit of analysis	Indivíduo	Indivíduo	Indivíduo	Indivíduo	Indivíduo
H) Analyses - Q3 Are the statistical methods appropriate for the study design?	1	1	1	1	1
H) Analyses - Q4 Is the analysis performed by intervention allocation status rather than the actual intervention received?	3	3	3	3	3
TOTAL	moderate	moderate	moderate	moderate	moderate

