



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervenções de Gestão do Stresse da Pessoa com Doença Mental Grave

Marta Marisa Marcelino Gaspar Mendes

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervenções de Gestão do Stresse da Pessoa com Doença Mental Grave

Relatório de Estágio orientado por:
Professora Glória Toletti

*“Não é o desafio que define quem somos
Nem o que somos capazes de fazer.
O que nos define é o modo
Como enfrentamos o desafio:
Podemos deitar fogo às ruínas,
Ou construir um caminho através delas,
Passo a passo, rumo à liberdade.”*

(Richard Bach, 2003)

RESUMO

Existe uma forte relação entre a vulnerabilidade e a Doença Mental Grave, em particular na Esquizofrenia, sendo o stresse considerado como um fator de vulnerabilidade das perturbações mentais. A Pessoa com Doença Mental Grave apresenta frequentemente comprometimento das competências para lidar com o stresse, provocando custos consideráveis para a sociedade, com o absenteísmo; a perda de produtividade; e os custos em saúde.

Torna-se assim essencial o desenvolvimento de intervenções de gestão do stresse da Pessoa com Doença Mental Grave, com o intuito de incrementar as estratégias de *coping* eficazes; aumentar a interação social; e diminuir a ansiedade.

A problemática de partida situa-se no âmbito dos cuidados de enfermagem dirigidos à Pessoa com Doença Mental Grave e prende-se com a necessidade de, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, desenvolver competências ao nível da realização de intervenções de enfermagem de cariz psicoterapêutico e educativo.

Na conceção das Intervenções de Gestão do Stresse suportámo-nos no Modelo de Relação de Ajuda profissional proposto por Chalifour, inspirado numa perspetiva Existencial-Humanista.

As intervenções de enfermagem suportaram-se na Técnica da Reestruturação Cognitiva; na Técnica de Resolução de Problemas; nas Técnicas de Relaxamento; no Treino da Assertividade; na Terapia e Partilha em Grupo e na Auto-monitorização.

No decorrer das sessões verificaram-se melhorias relativamente às estratégias de *coping* utilizadas; à interação social; assim como à diminuição da ansiedade nos participantes.

Todo o processo associado à conceção, desenvolvimento e avaliação das intervenções de enfermagem de gestão do stresse dirigidas à Pessoa com Doença Mental Grave favoreceu o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: Pessoa com Doença Mental Grave; Gestão do Stresse; Intervenções psicoterapêuticas e educativas.

ABSTRACT

There is a strong relationship between vulnerability and Severe Mental Illness, in particular schizophrenia, being stress a vulnerability factor of mental disorders. the Person with Severe Mental Illness is often compromised the skills to handle stress, causing considerable costs for society, with absenteeism; lost of productivity; and health care costs.

Thus becomes essential the development of stress management interventions for People with Severe Mental Illness, in order to enhance the effective coping strategies, enhance social interaction, and reduce anxiety.

Since the starting issue is focused in the nursing care directed to the Person with Severe Mental Illness, and relates to the need for, while Nurse Specialist in Mental Health Nursing, to develop skills in the performance of nursing interventions of psychotherapeutic and educational nature.

In the design of the Stress Management Interventions we have endured ourselves in the Model of professional Relation and Help proposed by Chalifour, inspired by an Existential-Humanistic perspective.

Nursing interventions have supported themselves in the Cognitive Restructuring Technique; in the Problem Solving Technique; in the Relaxation Techniques; in the Assertiveness Training; in the Sharing and Group Therapy and Self-monitoring.

During the sessions there were improvements concerning the coping strategies used; the social interaction; and also the decrease of anxiety in the participants.

The entire process associated to the conception, development and evaluation of stress management nursing interventions aimed at the Person with Severe Mental Illness, favored the development of specialized skills in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: Person with Severe Mental Illness, Stress Management, Nursing, psychotherapeutic and educational interventions.

0. INTRODUÇÃO

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

1.1. Finalidade e Objetivos

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

2.1. A Pessoa com Doença Mental Grave

2.2. Vulnerabilidade e Stresse na Esquizofrenia

2.3. Intervenções de Gestão do Stresse da Pessoa com Esquizofrenia

2.4. Conceção de Cuidado de Enfermagem

3. ATIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO

3.1. Clínica Psiquiátrica I - Contexto Hospitalar

3.2. Equipa Comunitária da Parede - Contexto Comunitário

3.2.1. Implementação de intervenções de enfermagem

4. RESULTADOS OBTIDOS

4.1. Vivências do Stresse na Pessoa com Doença Mental Grave

4.1.1. Fatores de stresse vivenciados pela PDM(G) em fase aguda e estável da doença

4.1.2. Mecanismos de adaptação utilizados pela PDMG em fase estável da doença

4.2. Contributos das Intervenções de Gestão do Stresse para a PDMG

4.2.1. Indicadores de Processo

4.2.2. Evolução dos Diagnósticos de Enfermagem

4.2.3. Satisfação dos Participantes

4.3. Balanço das Competências Desenvolvidas

5. QUESTÕES ÉTICAS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

LISTA DE QUADROS e GRÁFICOS

	Pág.
Quadro 1 - Perfil sociodemográfico dos Participantes	35
Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem identificados por Participante	36
Quadro 3 - Acontecimentos e Transtornos Stressantes e a Perceção do Stresse por Participante em fase estável	42
Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem diagnosticados na Avaliação Inicial e na Avaliação Final	45
Gráfico 1 - Perceção dos participantes quanto à qualidade do atendimento (QA), à adequação às necessidades (AN) e ao impacto positivo na saúde (IPS) das sessões.	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.º – Artigo

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

AVTDS – Acontecimentos de Vida e Transtornos do Dia-a-dia Stressantes

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPI – Clínica Psiquiátrica I

CSQ-8 – Client Satisfaction Questionnaire – version 8

DSM-III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision

ECP – Equipa Comunitária da Parede

Ed. – Edição

EESM – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ICN – International Council of Nurses

IGS – Intervenções de Gestão do Stresse

MIPSMPPM – Modelo para orientar Intervenções de Promoção da Saúde Mental e de Prevenção das Perturbações Mentais

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NICE – National Institute for Clinical Excellence

NOC – Classificação dos Resultados Esperados

OMS – Organização Mundial da Saúde

Pág. – Página

Part. – Participante

PDMG – Pessoa com Doença Mental Grave

PPM – Prevenção das Perturbações Mentais

PSM – Promoção da Saúde Mental

r/c – rés do chão

SAPE – Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem

s.d. – sem data

s.n. – sem nome

TIPESMP – Técnicas de Intervenção Psicoterapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

Pág.

0. INTRODUÇÃO	8
1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA	11
1.1. Finalidade e Objetivos	12
2. QUADRO DE REFERÊNCIA	13
2.1. A Pessoa com Doença Mental Grave	13
2.2. Vulnerabilidade e Stresse na Esquizofrenia	15
2.3. Intervenções de Gestão do Stresse da Pessoa com Esquizofrenia	16
2.4. Conceção de Cuidado de Enfermagem	21
3. ATIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO	25
3.1. Clínica Psiquiátrica I - Contexto Hospitalar	26
3.2. Equipa Comunitária da Parede - Contexto Comunitário	29
3.2.1. Implementação de intervenções de enfermagem	30
4. RESULTADOS OBTIDOS	39
4.1. Vivências do Stresse na Pessoa com Doença Mental Grave	39
4.1.1. Fatores de stresse vivenciados pela PDM(G) em fase aguda e estável da doença	39
4.1.2. Mecanismos de adaptação utilizados pela PDMG em fase estável da doença	41
4.2. Contributos das Intervenções de Gestão do Stresse para a PDMG	41
4.2.1. Indicadores de Processo	42
4.2.2. Evolução dos Diagnósticos de Enfermagem	42
4.2.3. Satisfação dos Participantes	46
4.3. Balanço das Competências Desenvolvidas	48
5. QUESTÕES ÉTICAS	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	60

LISTA DE QUADROS e GRÁFICOS

	Pág.
Quadro 1 - Perfil sociodemográfico dos Participantes	33
Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem identificados por Participante	34
Quadro 3 - Acontecimentos e Transtornos Stressantes e a Perceção do Stresse por Participante em fase estável	40
Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem diagnosticados na Avaliação Inicial e na Avaliação Final	43
Gráfico 1 - Perceção dos participantes quanto à qualidade do atendimento (QA), à adequação às necessidades (AN) e ao impacto positivo na saúde (IPS) das sessões.	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.º – Artigo

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

AVTDS – Acontecimentos de Vida e Transtornos do Dia-a-dia Stressantes

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPI – Clínica Psiquiátrica I

CSQ-8 – Client Satisfaction Questionnaire – version 8

DSM-III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision

ECP – Equipa Comunitária da Parede

Ed. – Edição

EESM – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ICN – International Council of Nurses

IGS – Intervenções de Gestão do Stresse

MIPSMPPM – Modelo para orientar Intervenções de Promoção da Saúde Mental e de Prevenção das Perturbações Mentais

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NICE – National Institute for Clinical Excellence

NOC – Classificação dos Resultados Esperados

OMS – Organização Mundial da Saúde

Pág. – Página

Part. – Participante

PDMG – Pessoa com Doença Mental Grave

PPM – Prevenção das Perturbações Mentais

PSM – Promoção da Saúde Mental

r/c – rés do chão

SAPE – Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem

s.d. – sem data

s.n. – sem nome

TIPESMP – Técnicas de Intervenção Psicoterapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

UC – Unidade Curricular

0. INTRODUÇÃO

Este relatório é relativo ao estágio desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e que, decorreu no período compreendido entre 26 de Setembro de 2011 e 10 de Fevereiro de 2012.

O presente documento reflete os objetivos traçados no projeto de estágio, destacando os objetivos que foram efetivamente atingidos; a colheita de dados e avaliação diagnóstica face à vivência do stresse; as intervenções realizadas neste contexto, da conceção, ao desenvolvimento e avaliação dos resultados obtidos. Tem como principal finalidade evidenciar o meu percurso pessoal e profissional ao longo deste processo, com recurso a uma análise reflexiva, fundamentada técnica e cientificamente no que respeita aos conhecimentos e competências desenvolvidas. Visa ainda dar suporte à discussão pública para a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

O percurso desenvolvido emanou da prática clínica por mim vivenciada ao longo de cinco anos, enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais, a prestar cuidados à Pessoa com Doença Mental Grave (PDMG) numa unidade na comunidade, evidenciando-se uma dificuldade da parte deste grupo-alvo em lidar com o stresse. Esta dificuldade é frequentemente caracterizada pelo recurso a estratégias ineficazes de gestão do stresse, deste modo ampliando a sua vulnerabilidade ao stresse e, o risco de recaída a ela associado.

Assim, a problemática em estudo surgiu como resposta a estas necessidades de saúde, contribuindo para o meu desenvolvimento através da aquisição de competências especializadas de enfermagem de saúde mental (EESM), comuns e específicas. Neste âmbito, assume particular relevo a conceção, desenvolvimento e avaliação de intervenções de gestão do stresse dirigidas à PDMG, proporcionando-lhe uma maior capacidade para lidar com o stresse; incrementando os seus fatores promotores e recursos, minimizando o impacto dos stressores e, por esta via, tornando-a menos vulnerável ao stresse.

Como referem D'Amours et al. (2008), o stresse deverá constituir um alvo prioritário de promoção da saúde mental e de prevenção das perturbações mentais, uma vez que todos os problemas ligados ao stresse provocam custos consideráveis para a sociedade, tais como o absentismo, a perda de produtividade e os elevados custos em saúde. Deste modo, desenvolver intervenções focalizadas na gestão do stresse e nos objetivos pessoais que aumentem tanto as estratégias de coping individuais como os sistemas de suporte, são indispensáveis para a proteção dos stressores ambientais e do *recovery* da PDMG, através da sua estabilidade e funcionalidade na comunidade, evitando-se assim as recaídas e internamentos (Beebe, 2007; Dalum et al., 2011; Dixon et al., 2009; Ricardo et al., 2008; Vaz-Serra, 2007).

Partindo do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem Enfermeiros, 2011) e do desenvolvimento de

competências específicas do EESM, sustentada na evidência científica e nas teorias de enfermagem e, ponderando as necessidades e capacidades da PDMG; espero conquistar elevados padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem, utilizando-me como instrumento terapêutico no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas e educativas promotoras da saúde mental e bem-estar da PDMG.

A motivação para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro EESM, definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010b), associa-se à minha prática de cuidados e enquadra-se numa visão da Pessoa e da intervenção terapêutica, segundo o modelo existencial-humanista (Chalifour, 2009).

Assim, a finalidade deste estágio assenta na conceção, desenvolvimento e avaliação das intervenções de gestão do stresse da PDMG.

Os objetivos específicos definidos para seu desenvolvimento são:

- Efetuar uma revisão da literatura de suporte às intervenções de enfermagem de gestão do stresse da PDMG;
- Caracterizar as necessidades da PDMG face ao stresse: identificar os fatores de stresse e os mecanismos de adaptação mais frequentes;
- Conceber estratégias e instrumentos de apoio ao planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções;
- Identificar contributos das intervenções de gestão do stresse para a PDMG;
- Efetuar um balanço das competências especializadas desenvolvidas.

A metodologia utilizada incidiu na evidência técnico-científica, na experiência pessoal e profissional, na reflexão crítica e construtiva sobre a minha prática e na opinião de peritos, contribuindo para a tomada de decisão e desenvolvimento de intervenções de complexidade crescente, face às necessidades identificadas.

Nesta fase do meu percurso profissional senti como fulcral o desenvolvimento de competências do Enfermeiro EESM, abrindo a minha prática clínica a novas perspetivas, pela integração de novos conhecimentos; pelo autoquestionamento na ação e pela realização de uma análise e crítica construtiva recorrendo à supervisão dos orientadores clínicos e da Escola, de forma a contribuir para uma melhoria contínua dos cuidados.

Considerando-me uma pessoa com elevado sentido de responsabilidade, facilidade de adaptação e ainda pro-atividade, o reconhecimento das minhas potencialidades e limitações estiveram na base do projeto de estágio, realizado no âmbito da Unidade Curricular Opção II e, constituíram o primeiro passo para responder aos desafios que surgiram ao longo deste percurso.

O estágio ocorreu em dois contextos: um contexto de internamento, na Clínica Psiquiátrica I, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, de 26 de Setembro de 2011 a 25 de Novembro de 2011 e um contexto comunitário, na Equipa Comunitária da Parede, do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital São Francisco Xavier (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental), de 28 de Novembro de 2011 a 10 de Fevereiro de 2012.

Este relatório contém seis capítulos, organizados do seguinte modo:

- O primeiro capítulo refere-se à caracterização da problemática de partida na base da elaboração deste relatório e ainda às competências do EESM a desenvolver ao longo do estágio;

- O segundo é relativo ao quadro de referência, contempla os principais conceitos e autores de referência para a problemática em estudo;
- No terceiro, apresenta-se uma análise crítica e reflexiva das atividades e processos de trabalho desenvolvidos em cada contexto de estágio, em particular o levantamento de necessidades em termos do stresse vivenciado pela PDMG e das intervenções de enfermagem desenvolvidas neste âmbito;
- No quarto capítulo faz-se referência aos resultados obtidos durante o estágio, destacando-se as vivências da PDMG face ao stresse, os contributos das Intervenções de Enfermagem na Gestão do Stresse e ainda, sistematiza o contributo deste percurso no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro EESM;
- O quinto expõe as principais questões éticas evidenciadas ao por este estágio de natureza clínica;
- O sexto capítulo, sintetiza as principais considerações acerca do meu desenvolvimento pessoal e profissional, as limitações e implicações deste trabalho para a prática de enfermagem, bem como recomendações dele decorrentes.

Por fim, enunciam-se as referências bibliográficas utilizadas na elaboração deste trabalho. São ainda apresentados, nos anexos, os documentos relativos à conceção, implementação e avaliação das intervenções realizadas neste estágio.

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

A revisão da literatura sobre a doença mental grave aponta para uma evolução crónica no sentido da incapacitação, com frequentes períodos de agudização e com alta taxa de morbilidade, causando assim muitos prejuízos para a pessoa doente, bem como para a sua família e sociedade. Especificamente, a pessoa com esquizofrenia, correspondente a cerca de 1% da população mundial, que pela natureza da sua doença e pelo estigma que lhe está associado, se confronta no seu dia-a-dia com isolamento social; atividades da vida diária comprometidas; e redução da qualidade de vida.

O comprometimento das competências para lidar com o stresse bem como os escassos recursos de *coping*, evidenciam a vulnerabilidade ao stresse da PDMG. Ao descurar-se o processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave, cujos objetivos correspondem a alcançar a recuperação e a atingir o nível mais elevado de qualidade de vida, evidencia-se um agravamento da funcionalidade da PDMG.

Atualmente é consensual a necessidade de abordagens integradas para a PDMG, nomeadamente para a esquizofrenia, que incluam tratamentos biológicos e abordagens psicossociais focalizadas no sistema-cliente e na família, superando os fatores que conduzem à exacerbação da doença; promovendo a estabilidade e a sua funcionalidade na comunidade (Bahls & Zacar, 2006; Beebe, 2007; Campos, 2009; Dixon et al., 2009; NICE, 2002; NICE, 2009; Toletti, 2011).

O *Modelo da Vulnerabilidade ao Stress* surge como modelo explicativo do processo do adoecer mental, designadamente da esquizofrenia e, destaca a relação contínua entre a vulnerabilidade à doença e o stresse ambiental, podendo conduzir aos sintomas psicóticos. Salientam-se diferenças entre os *efeitos causais* e os *efeitos desencadeantes* do stresse, na probabilidade de aparecimento da esquizofrenia. Falamos de efeitos causais quando os fatores stressantes contribuem para a formação de uma vulnerabilidade para a esquizofrenia; e de *efeitos desencadeantes* quando o stresse desencadeia ou precipita uma crise, não aumentando a vulnerabilidade primária mas contribuindo para a manifestação da esquizofrenia. Assim, a probabilidade de desencadear a esquizofrenia é tanto maior quanto maior for a vulnerabilidade apresentada ao stresse, sendo que os fatores stressantes tendem sempre a agravar os sintomas e desencadear novas crises (Daléry & D'Amato, 2001; Bahls & Zacar, 2006; Coelho & Palha, 2006).

O stresse é um fenómeno comum e familiar a todas as pessoas, sendo um fenómeno adaptativo que contribui para a sua sobrevivência e funcionalidade. Assim, o stresse é benéfico desde que não em excesso, podendo tornar-se nocivo quando é excessivo e difícil de controlar (Vaz-Serra, 2007).

O stresse é um fenómeno importante para os enfermeiros pelas suas implicações para a saúde. Este deverá constituir um alvo prioritário de prevenção de perturbações mentais, uma vez que todos os problemas ligados ao stresse provocam custos consideráveis para a sociedade, com o absentismo, a perda de produtividade e os

elevados custos em saúde (D'Amours et al., 2008). Assim, é imprescindível desenvolver intervenções terapêuticas aos três níveis de prevenção, focalizadas na gestão de stresse e no desenvolvimento das estratégias de *coping*, aumentando a capacidade para lidar com o stresse, incrementando os seus fatores promotores, os seus recursos, diminuindo o impacto do stresse e tornando-a menos vulnerável ao mesmo, de forma a prevenir as recaídas, e continuar a perseguir seus objetivos com bem-estar.

Na minha prática de cuidados enquanto enfermeira generalista, num Hospital de Dia integrado numa Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos, a PDMG confronta-se no seu quotidiano com fatores de stresse e recorre a estratégias de *coping* ineficaz, muitas vezes associadas à ansiedade elevada e autocontrole diminuído. Questiono-me, enquanto profissional, como podem as intervenções de enfermagem contribuir para promover a gestão do stresse na PDMG e o recurso a estratégias de *coping* eficazes?

Neste contexto, assumem particular relevância as intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente as intervenções psicoterapêuticas e educativas que decorrem do quadro de competências nesta área de especialidade como preconizado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

Apesar do crescente interesse pelos enfermeiros nesta área e da evidência de que as intervenções psicossociais e psicoterapêuticas são globalmente eficazes no alívio dos sintomas e na melhoria do funcionamento psicossocial da PDMG, em países como Portugal a sua implementação é escassa e descontinuada (Toletti, 2011).

1.1. Finalidade e Objetivos

Com base na problemática de partida aqui caracterizada, a avaliação e a compreensão abrangente das necessidades em cuidados da PDMG constitui um imperativo, assim como assume particular relevância o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, e psicoeducativas, mobilizando dinâmicas próprias aos contextos e eficazes na gestão do stresse (OE, 2010).

Assim, traçou-se como finalidade para o presente Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:

- Conceber, desenvolver e avaliar intervenções de gestão do stresse da pessoa com doença mental grave.

No sentido da sua consecução definiram-se os seguintes objetivos:

- Efetuar uma revisão da literatura de suporte às intervenções de enfermagem de gestão do stresse da PDMG;
- Caracterizar as necessidades da PDMG face ao stresse: identificar os fatores de stresse e os mecanismos de adaptação mais frequentes;
- Conceber estratégias e instrumentos de apoio ao planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções;
- Identificar contributos das intervenções de gestão do stresse para a PDMG;
- Efetuar um balanço das competências especializadas desenvolvidas.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Para poder conceber, desenvolver e avaliar as intervenções de gestão do stresse de cariz psicoterapêutico e educativo na pessoa com doença mental grave, foi essencial desenvolver um quadro de referência estruturante para a minha prática de cuidados de enfermagem, tendo como suporte uma pesquisa da literatura.

2.1. A Pessoa com Doença Mental Grave

A Organização Mundial da Saúde, em 1946, definiu Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou incapacidade. Todavia, a saúde não existe sem saúde mental, sendo estas complementares e indissociáveis. Por sua vez, a Saúde Mental é definida como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere (O.M.S., 2001). Já a Doença Mental inclui as perturbações e desequilíbrios mentais, os disfuncionamentos associados à angústia, os sintomas e doenças mentais diagnosticáveis. (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

A condição mental de cada pessoa é determinada por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente biológicos (por exemplo, genética e sexo), individuais (por exemplo, antecedentes pessoais), familiares e sociais (por exemplo, enquadramento social) e económicos e ambientais (por exemplo, estatuto social e condições de vida) (Comissão das Comunidades Europeias, 2005). Sendo que a saúde mental de uma pessoa pode ser perspectivada a partir de um *continuum* saúde mental/ doença mental, ao longo da qual a pessoa se desloca de modo adaptativo em função das suas características e circunstâncias particulares. Tendo em conta a dimensão subjetiva destes conceitos, podemos acrescentar que uma pessoa com uma doença mental poderá sentir-se saudável (Townsend, 2011).

Os estudos epidemiológicos realizados nos últimos quinze anos provam que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. Em todo o mundo, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices ao redor de 40% na Europa (Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007; WHO, 2001).

Assim, as doenças mentais representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, sendo que mais de 27% dos europeus adultos vivem pelo menos uma forma de doença mental durante um determinado ano. São as principais

causas perda de produtividade, através de reformas antecipadas e de pensões por invalidez, acarretando um grande sofrimento humano. A relação entre a carga de doenças e o gasto com doenças é visivelmente desproporcional, as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde, sendo que mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007; O.M.S., 2001).

Em Portugal, as doenças psiquiátricas afetam, anualmente, cerca de um milhão de pessoas, e devem ser assumidas como um problema de saúde pública grave que exige respostas imediatas (Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

A Doença Mental Grave (DMG) é definida no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro como a doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa, comprometendo as suas capacidades para realizar tarefas de subsistência, de se relacionar com o meio envolvente e participar na vida social.

Embora não se restrinja a um diagnóstico clínico, a DMG reporta-se essencialmente a pessoas com perturbações psicóticas, em particular esquizofrenia, que atinge cerca de 1% da população mundial e por essa via, em Portugal. A esquizofrenia caracteriza-se, entre outros, pela presença de três domínios de sintomas: sintomas positivos, tais como alterações do pensamento e percepção; sintomas negativos tais como diminuição da vontade e embotamento afetivo e um funcionamento social diminuído ao nível dos diferentes domínios da vida (Toletti, 2011). É, de um modo geral, uma doença grave, sendo que cerca de 70% dos casos de esquizofrenia apresentam uma evolução crónica com reagudizações. (Bahls & Zacar, 2006).

Vaz-Serra (2007) realça a importância do stresse como fator precipitante, de agravamento e de manutenção da doença mental e, refere que este foi considerado como uma causa determinante de doença mental pela Associação de Psiquiatria Americana em 1980 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition) integrando o eixo IV, “gravidade dos acontecimentos sociais indutores de stress”. Atualmente, este eixo tem uma nova designação “problemas psicossociais e ambientais”, abrangendo ocorrências mais amplas tais como: problemas com o grupo de apoio primário; problemas relacionados com o ambiente social; problemas relacionados com o nível de educação; problemas profissionais; problemas de alojamento; problemas económicos; problemas no acesso a cuidados de saúde; problemas de natureza legal; ou outros problemas de natureza psicossocial e ambiental, podendo estes ser de natureza negativa ou mesmo positiva, desde que a pessoa revele dificuldade em se adaptar à nova situação (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision).

Também Townsend (2011) caracteriza a doença mental como o resultado de respostas mal-adaptativas aos agentes stressores de ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes com o funcionamento social, ocupacional e/ou físico da pessoa. Lazarus e Folkman (1984, cit in Townsend, 2011) definem stresse como uma relação entre a pessoa e o ambiente que é

entendida pela pessoa como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos e põe em risco o seu bem-estar. Assim, a perceção da pessoa sobre o acontecimento; as estratégias de *coping* utilizadas e os sistemas de apoio disponíveis aquando da ocorrência da mudança de vida são particularmente importantes na experiência de stresse (Chalifour, 2008; Townsend, 2011).

2.2. Vulnerabilidade e Stresse na Esquizofrenia

São vários os autores que defendem a existência de uma forte relação entre a vulnerabilidade e a DMG, em particular na Esquizofrenia. Assim, o surgimento da Esquizofrenia será determinado por múltiplos fatores biológicos, de aprendizagem e ambientais que interagem entre si, e que parecem exercer uma influência ativa não só no aparecimento de perturbações, mas também no grau de recuperação dos mesmos e no risco de futuros episódios (Coelho e Palha, 2006; Dalery & D'Amato, 2001; Henry et al., 2002; Marques et al., 2007; Robiotta et. al., 2010; Vancampfort et al., 2011; Vieira, 2009).

Na base deste pressuposto está o Modelo de Vulnerabilidade ao Stress, da autoria de Zubin e Spring (1977, cit in Dalery & D'Amato, 2001) que evidencia a relação contínua de vulnerabilidade à esquizofrenia e de stresse ambiental na condução aos sintomas psicóticos. A probabilidade de desencadear a esquizofrenia é tanto maior quanto maior for a vulnerabilidade.

O modelo diferencia duas componentes de vulnerabilidade: a vulnerabilidade inata, de origem genética, que se reflete no ambiente interno e na neurofisiologia do organismo; e a vulnerabilidade adquirida, de origem ambiental, devida à influência de traumatismos, de doenças específicas, de complicações perinatais, de experiências familiares, da complexidade das interações na adolescência e de outros acontecimentos de vida. Neste sentido, também se diferenciam dois efeitos ao nível do stresse, os *efeitos causais* e os *efeitos desencadeantes* do stresse.

O stresse exerce assim dois tipos de efeitos na probabilidade de aparecimento da esquizofrenia: os *efeitos causais*, quando os fatores de stresse contribuem para a formação de uma vulnerabilidade para a esquizofrenia; e o stresse como desencadeante ou precipitante, contribuindo para a manifestação da esquizofrenia mas não aumentando a vulnerabilidade inata (Coelho & Palha, 2006; Dalery & D'Amato, 2001; Henry et al., 2002; Marques et al., 2007).

Neste modelo, destacam-se pela sua importância, as estratégias de reabilitação psicossocial, nas quais o cliente é convidado a participar ativamente no processo de redução da vulnerabilidade e no aumento do limiar da recaída através de Estratégias de Gestão de Stress. A psicoeducação orientada para o problema, é uma dessas estratégias, na qual é dado um enfoque à compreensão da relação entre o stresse e o aparecimento de sintomas psicóticos, e o aprender a lidar com o stresse de forma eficaz, bem como conhecer novas formas para reduzir a possibilidade de recaída de forma a concretizar os seus objetivos de vida na procura do seu bem-estar (Dalum et al., 2011; Henry et al., 2002).

2.3. Intervenções de Gestão do Stresse da Pessoa com Esquizofrenia

Partindo do Modelo de Promoção da Saúde Mental de McDonald & O'Hara e do Modelo de Prevenção das Perturbações Mentais de Albee, D'Amours et al. (2008) conceberam um Modelo para orientar Intervenções de Promoção da Saúde Mental e de Prevenção das Perturbações Mentais (MIPSMPPM). Trata-se de um modelo com uma perspetiva ecológica da saúde mental em que as intervenções contemplam fatores individuais e ambientais, assim como a interação entre ambos. Destaca-se a importância de ações ao nível sistémico, ou seja, ao nível da pessoa, do meio de vida e do seu ambiente global D'Amours et al., 2008).

O MIPSMPPM D'Amours et al. (2008) elege dez categorias de fatores sobre os quais é necessário agir para promover a saúde mental e prevenir a doença mental: a) três categorias de fatores protetores das perturbações mentais que devem ser reforçados, como os recursos pessoais de base, autoestima e suporte social; b) três categorias de fatores de vulnerabilidade das perturbações mentais que devem ser minimizados, como os fatores biológicos negativos, o stresse e as diferenças socioeconómicas, e c) quatro categorias de fatores de saúde mental, a influência positiva dos ambientes favoráveis e a inclusão social a reforçar; e a influência negativa dos ambientes desfavoráveis e a exclusão social a diminuir.

O stresse é assim apontado como um fator de vulnerabilidade das perturbações mentais, que deve constituir um alvo prioritário nas intervenções de prevenção das mesmas, uma vez que, de acordo com os autores citados, todos os problemas ligados ao stresse provocam custos consideráveis para a sociedade, com o absentismo, a perda de produtividade e os custos de saúde.

Por sua vez, o suporte social é um fator protetor das perturbações mentais, cuja interação com o stresse tem sido estudada, sendo que este fator protetor ajuda a pessoa a enfrentar o stresse, mediando a sua ligação com a doença, protegendo-a pessoa do potencial stressor e influenciando a sua apreciação acerca do mesmo (Ogden, 1999; Vaz-Serra, 2007). A natureza desta interação é esclarecida por Singer e Lord (1984, cit in Ribeiro, 1999) ao descreverem as suas quatro categorias explicativas da relação entre o suporte social¹ e a saúde: 1) O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stresse, atuando como mediador ou moderador do stresse (pessoa que consegue ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte facultado por um amigo, um familiar ou outro elemento de suporte); 2) a não existência de suporte social é fonte de stresse; 3) a perda de suporte social é um stressor, podendo provocar uma crise quando as suas relações sociais se alteram ou desaparecem; e 4) o suporte social é benéfico, tornando as pessoas menos vulneráveis para enfrentar as vicissitudes da vida.

¹ O Suporte Social é considerado o suporte acessível a qualquer indivíduo, fornecido pelas relações que o mesmo estabelece com outros indivíduos na comunidade (Ornelas, 1994).

Também Ornelas (1996) corrobora os autores supracitados, quando faz referência a estudos sobre a influência do Suporte Social na saúde mental, que têm revelado a sua importância em domínios como a intervenção em situações de crise, a socialização e a desinstitucionalização. Assim, Ornelas (1996) defende que a PDMG apresenta um menor número de recursos, como também utiliza os recursos disponíveis com menor frequência quando comparada com a pessoa com doença física.

Assim, diminuir o stresse e aumentar o suporte social é um imperativo e deve constituir um foco de intervenção para os EESMP. A educação terapêutica é particularmente útil a este nível, sendo definida como um processo gradual pelo qual a pessoa adquire conhecimento e compreensão através da aprendizagem em três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor; implicando mudanças nos comportamentos, atitudes e habilidades. Tem como principais finalidades a gestão da doença, a prevenção dos internamentos, e o desenvolvimento das competências necessárias à aquisição do máximo nível de saúde e bem-estar (Pekkala & Merinder, 2009).

No que se refere especificamente à gestão do stresse das PDMG, vários estudos têm verificado que estas têm comprometidas as competências para lidar com o stresse, desde o início da sua doença, dispondo assim de escassas estratégias de *coping* e, encontrando-se também por esta via mais vulneráveis ao stresse (Marques et al., 2007). O *coping* são os esforços cognitivos e comportamentais da pessoa para responder às exigências externas e/ou internas que avalia como excedendo os seus recursos. Isto é, os mecanismos de *coping* são fatores de compensação do stresse e da vulnerabilidade (Lazarus & Folkman, 1984; Liberman, cit in Marques et al., 2007).

Marques et al. (2007) descrevem as estratégias de *coping* ineficazes a que recorrem as PDMG para lidarem com situações stressantes, designadamente, estratégias de resolução de problemas interpessoais inefetivas, a resignação, o evitamento e a passividade. Torna-se assim imprescindível o desenvolvimento de intervenções terapêuticas, focalizadas nas estratégias de gestão de stresse da pessoa com doença mental, visando a diminuir o impacto negativo do stresse e prevenir as recaídas e internamentos (Vaz-Serra, 2007).

Para além disto, é atualmente consensual a necessidade de abordagens integradas no tratamento da PDMG, nomeadamente na esquizofrenia, ou seja, que incluam os tratamentos biológicos e, em complementaridade, as estratégias psicossociais focalizadas no cliente e na família (Campos, 2009; Dixon et al., 2009; NICE, 2002; NICE, 2009; Payne, 2003, cit in Toletti, 2011). Os programas de reabilitação psicossocial, incluindo treino de competências sociais, intervenções familiares psico-educacionais, apoios nas áreas residencial e do emprego, tornaram possível a reintegração social de muitas pessoas que sofrem de DMG (DGS, 2007).

Neste sentido, em diversos países, cada vez mais enfermeiros trabalham na comunidade onde contribuem para a implementação e desenvolvimento de Intervenções Psicossociais e Psicoterapêuticas individuais e de grupo, sustentadas na evidência, que visam responder às necessidades complexas da PDMG (Toletti, 2011). Todavia, apesar da evidência de que as IPS são globalmente eficazes no alívio dos sintomas da DMG e no funcionamento psicossocial, em Portugal a sua implementação é escassa e descontinuada (DGS, 2007).

Da revisão da literatura efetuada e da reflexão sobre a minha experiência clínica, verifiquei que os programas e/ou as Intervenções de Gestão do Stresse (IGS) dirigidas à PDMG são escassas, desconhecendo-se programas que contem com a participação de enfermeiros. O principal objetivo das IGS da PDMG é aumentar as estratégias de *coping* individuais e os sistemas de suporte que protegem a pessoa contra os stressores ambientais e, deste modo, promover o seu *recovery*², designadamente, a sua estabilidade e funcionalidade na comunidade, prevenindo as recaídas e internamentos (Beebe, 2007; Dalum et al., 2011; Dixon et al., 2009; Ricardo et al., 2008; Vaz-Serra, 2007).

Mueser e Gingerich (Mueser et al., 2001) criaram o programa *Illness Management Recovery* (IMR) dirigido à PDMG. Baseiam-se no Modelo de Vulnerabilidade-stress e portanto na interação da vulnerabilidade biológica, stress e *coping*. O programa tem como finalidade interromper o círculo do stress e a vulnerabilidade que leva à reduzida funcionalidade e à recaída. O seu objetivo geral é ensinar estratégias de autogestão do stress à PDMG de forma a melhorar os seus resultados face à doença, em particular aumentar a sua funcionalidade e diminuir as suas recaídas e internamentos (Dalum et al., 2011; Mueser et al., 2001).

Favrod e Scheder (2004) propõem um Modelo de Intervenção dirigido à pessoa com Esquizofrenia, suportado no conceito de *recovery*. Consideram-se cinco etapas percorridas pela pessoa ao longo do seu processo de recuperação: moratória, de consciência, de preparação, de reconstrução e de crescimento); sendo definidas as IPS a desenvolver em função da etapa que a pessoa atravessa e das tarefas (de desenvolvimento) a atingir para poder progredir.

Também Ricardo et al. (2008) afirmam que a abordagem terapêutica do enfermeiro EESM deve ter em consideração a fases da doença em que se encontra a pessoa, que classificam em fase prodrómica, fase aguda, fase de estabilização e fase estável. No desenvolvimento do estágio centrei a minha intervenção junto da PDMG em fase aguda da sua doença ou na fase estável.

De acordo com estes autores, o objetivo fundamental na fase aguda é conter a ansiedade, diminuir a agitação psicomotora e retardar eventuais comportamentos clásticos, no sentido de obter uma maior consciencialização da doença e facilitar a estabilização sintomática. Já no que se refere à fase estável, o enfermeiro deve desenvolver intervenções psicossociais em complementaridade com as intervenções farmacológicas, visando uma diminuição dos prejuízos cognitivos e psicossociais, das incapacidades e disfunções e, ainda um controlo dos obstáculos (Ricardo et al., 2008).

No que se refere especificamente ao diagnóstico de enfermagem “ansiedade presente”, característico da pessoa em fase aguda da doença, as intervenções de enfermagem sugeridas dizem respeito, entre outros, à redução da ansiedade; aconselhamento; administração de medicamentos; melhora do enfrentamento; orientação antecipada; promoção do exercício; relaxamento muscular progressivo; técnica para acalmar; humor e jogo terapêutico (Bulechek et al., 2010; Johnson et al., 2009). Relativamente ao “*coping* ou enfrentamento ineficaz”, são sugeridas as seguintes

² *Recovery* é definido, segundo a President's New Freedom Commission on Mental Health, como um processo de recuperação, através do qual a pessoa é capaz de viver, trabalhar, aprender e participar inteiramente na comunidade (Dixon, et al., 2009).

intervenções de enfermagem: melhora do enfrentamento; orientação antecipada; aconselhamento; apoio à tomada de decisão; melhora do sistema de apoio; diminuição da ansiedade; diminuição do stresse por mudança; suporte emocional; controle do ambiente, entre outros (Bulechek et al., 2010; Johnson et al., 2009).

Várias são as terapias e técnicas referenciadas na literatura relativamente às intervenções terapêuticas a desenvolver no âmbito da gestão do stresse (Beebe, 2007; Marques et al., 2007; Mullen, 2009). Pela frequência com que são citadas destaco a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) que abrange a Técnica da Reestruturação Cognitiva (TRC); a Técnica de Resolução de Problemas (TRP); Técnicas de Relaxamento (TR); Treino de Competências Sociais (TCS) e de Assertividade; a Terapia e Partilha em Grupo (TPG) e a Auto-monitorização.

É hoje consensual que a TCC melhora o *coping*, minimiza os sintomas que não respondem à medicação e melhora o funcionamento social. Esta terapia tem como objetivo corrigir os desvios de perceção da pessoa focalizando-se em particular no modo como estas pensam e tratam a informação e engloba uma grande variedade de abordagens terapêuticas, designadamente a TRC que procura encorajar os clientes a reunir e validar as provas que suportam as suas crenças (Beebe, 2007; Dixon et al., 2009). Todavia o estabelecimento de uma relação terapêutica prévia parece ser um elemento-chave para o sucesso dos programas (Beebe, 2007). A TCC tem benefícios quer nas intervenções individuais quer nas intervenções grupais (Dixon et al., 2009). É mais recorrente em ambiente ambulatorio, tendo como base o indivíduo, variando entre 6 e 20 sessões ou mais (Beebe, 2007). De acordo com Dixon et al. (2009) não existe evidência de que esta terapia tenha resultados na PDMG em fase aguda da doença, contudo parece-nos que este resultado não deve ser separado do facto de que o recurso a estas intervenções em unidades de internamento ainda é muito escasso e descontinuado (Mullen, 2009).

A TRP é o elemento central numa variedade de intervenções dirigidas à PDMG e é usada para explorar estratégias de *coping* e reforçar o recurso às mesmas. As estratégias de *coping* são vastas e abarcam desde os processos cognitivos como a distração e conversas positivas com o próprio aos processos comportamentais como o exercício (ex.: caminhar, andar). Entre as sessões é frequente o recurso a trabalhos de casa, ou seja praticar as técnicas no seu quotidiano, para depois reportar os resultados obtidos (Beebe, 2007). O ensino sobre a TRP, especialmente quando tal treino é feito através da "aprendizagem sem erro", previne o stresse. Além disso, o uso regular de RP na vida quotidiana melhora o funcionamento social e capacita a pessoas para atingir os seus objetivos pessoais (Liberman et al., 2001; Salgado et al., 2008).

As TR são técnicas de controlo do stresse e da ansiedade, são muito diversificadas e utilizam tanto procedimentos físicos como mentais, como a conjugação de ambos. No âmbito do nosso trabalho privilegiámos os procedimentos físicos e o relaxamento superficial, mais adaptados às PDMG (Payne, 2003). O relaxamento superficial visa a libertação imediata de tensão, diz respeito às técnicas que produzem um efeito imediato e podem ser utilizadas no dia-a-dia pela pessoa que se depara com situações stressantes. Dos procedimentos físicos destacamos a respiração, o relaxamento progressivo e os exercícios de tensão-distensão. Quando desenvolvidos num ambiente próximo do habitual

(p. ex.: a presença de sons leves exteriores; adotar a posição deitada) podem ser facilmente transferidas pelo cliente para a vida real. No que se refere especificamente à respiração, esta diminui o ritmo respiratório através da atividade parassimpática, colocando o cliente em contacto com o seu processo respiratório e ajudando-o a sentir algum controlo sobre o mesmo. Além disso, a sua aprendizagem é fácil, não exige o recurso a imagens mentais e pode ser realizada em qualquer local, tornando-a assim, acessível em situações de stresse (Payne, 2003).

O TCS e de Assertividade consistem no treino e desenvolvimento de determinadas competências sociais para melhorar resultados ao nível da funcionalidade da PDMG em geral, incluindo a melhoria da comunicação interpessoal, seja no local de trabalho, com a equipa de saúde ou com o seu círculo familiar. Inclui o recurso a estratégias diversificadas, apelando-se em particular a situações do quotidiano, à auto e heteroavaliação positivas, ao treino e repetição através de técnicas de role-play (Dixon et al., 2009). Recomenda-se a sua aplicação durante períodos prolongados, por exemplo de 12 meses (Beebe, 2007).

No que concerne à TPG, vários autores defendem a abordagem grupal como vantajosa, na medida em que apresenta custos reduzidos; permite colmatar a falta de suporte social e pela maior eficácia de resultados quando comparada com a abordagem individual (Beebe, 2007; Corey, 2000; Guerra & Lima, 2009; O' Donovan & O' Mahony, 2009, Townsend, 2011). Os benefícios adicionais nesta abordagem são evidenciados nos processos de modelagem, de cooperação e competição, nas funções de socialização e apoio, contribuindo para incrementar significativamente o sentimento de segurança (Corey, 2000). Além disto, os grupos terapêuticos têm sido valorizados pelos clientes de unidades de Psiquiatria, que os consideram como úteis, necessários e uma importante componente dos cuidados de enfermagem (O'Donovan & O'Mahony, 2009). A dimensão dos grupos é variável, aconselha-se 7 a 8 elementos em grupos de saúde mental, para a criação de um clima favorável à interação e desenvolvimento de relações modelares entre o grupo (Townsend, 2011). Por seu lado, os grupos fechados são indicados, de um modo geral, para facilitar a coesão do grupo, e a emergência de um clima de confiança e intimidade, propício ao desenvolvimento dos seus elementos (Guerra & Lima, 2009). O recurso a *técnicas de quebra-gelo*, geralmente na fase inicial do grupo, diminui a tensão psíquica, favorece o relaxamento e promove a interação social (Manes, 1999).

Enfim, a Auto-monitorização consiste em reconhecer os fatores geradores de stresse, registar a sua ocorrência e verificar o nível de stresse que originam. Estimula a pessoa a assumir uma visão mais objetiva de si e, simultaneamente a conduzir os seus progressos através dos registos. Estudos têm comprovado a “reatividade da monitorização”, ou seja, por si só, a auto-monitorização faz aumentar a probabilidade de ocorrerem comportamentos desejados e diminuir a ocorrência de comportamentos indesejados (Payne, 2003).

Por fim, referenciamos ainda à utilização do humor como estratégia terapêutica adaptativa ou de alívio do stresse cujos benefícios têm sido comprovados, nomeadamente: promover o bem-estar; ajudar a lidar com situações difíceis e desagradáveis; aproximar as pessoas; influenciar positivamente a capacidade de ter/manter esperança; promover o relaxamento; reduzir o stresse; entre outros benefícios

(Ferreira et al., 2010; José, 2005; Vaz-Serra, 2007). Também numa revisão da literatura, Bishop (1994, cit in Vaz-Serra, 2007) conclui que, as pessoas com um bom sentido de humor vivem melhor defendidas do stresse.

2.4. Conceção de Cuidado de Enfermagem

Os modelos conceptuais de enfermagem orientam a prática de enfermagem permitindo descrever os objetivos a atingir e as atividades de cuidados, sendo também um guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem (Kérouac et al., 1994).

Assim, para nortear a nossa prática ao longo do estágio onde desenvolvemos o presente trabalho, elegemos o Modelo de Sistemas de Betty Neuman porque se suporta numa conceção sistémica da Pessoa, entendida enquanto um sistema-cliente único, ser holístico bio-psico-socio-cultural e espiritual, sistema aberto em constante interação com outros sistemas e, por isso, sujeito a variados stressores ambientais, tanto do ambiente interno como externo ou criado. A pessoa é constituída por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais, que tendem para uma harmonia funcional na procura da estabilidade do sistema, através de uma dinâmica de troca de energia. Enquanto sistema em constante transformação, possui capacidades de adaptação às mudanças que ocorrem no seu meio interno e externo (Neuman & Fawcett, 2011).

Este sistema-cliente possui um núcleo central onde se situam as suas funções vitais e em redor do qual se dispõem linhas de proteção concêntricas, que protegem a pessoa contra os agentes stressores a que está constantemente sujeita: a linha de resistência, a linha normal de defesa e a linha flexível de defesa. Um agente stressor é qualquer fenómeno que pode penetrar as linhas de proteção acima referidas e que, sendo na sua essência neutro, pode afetar uma ou mais variáveis, ter um efeito benéfico ou nocivo, positivo ou negativo, segundo a sua natureza, o grau de reação e oportunidade, mas também, segundo a capacidade ou potencial da pessoa utilizar o stresse para uma mudança positiva. Para além disso, o efeito do agente stressor na vida da pessoa, depende da utilização dos seus recursos internos e externos, de forma a responder de modo adequado aos mesmos.

Estes fatores de stresse podem ser de natureza intra, inter e extrapessoal em relação com os ambientes interno, externo e criado. O ambiente interno é intrapessoal, refere-se às interações contidas no cliente; o externo é extrapessoal ou interpessoal e refere-se às interações que ocorrem fora do cliente. Por sua vez, o ambiente criado é desenvolvido de forma inconsciente pelo cliente, tem uma natureza dinâmica e é a partir dele que o cliente mobiliza as estratégias de coping como forma de adaptação a situações de alteração do seu estado de bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011).

As autoras referem que quando a ação dos agentes de stresse afeta negativamente a pessoa, poderá causar-lhe um défice de harmonia e equilíbrio e, conseqüentemente, um nível de bem-estar reduzido. A doença poderá assim ocorrer, levando a pessoa a ativar as suas linhas de proteção, com vista a restabelecer o equilíbrio

e consequentemente a reconstituição do sistema. Por sua vez, a saúde, considerada como a estabilidade ideal do sistema ou estado de bem-estar ideal, é uma energia viva, um *continuum*, ou ainda, a capacidade de manter a homeostasia apesar dos stressores.

A Enfermagem é definida como uma “profissão única”; que se centra na pessoa inserida na sua família e sociedade e que se interessa por todas as variáveis que afetam as sua respostas aos fatores de stresse. Os cuidados de enfermagem têm por objetivo auxiliar o pessoa a adaptar-se, ajustar-se, restaurar ou manter algum grau de estabilidade entre as variáveis que a constituem e os stressores ambientais (Neuman & Fawcett, 2011).

Deste modo a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem e as intervenções centram-se na pessoa como ser total e visam a obtenção do maior nível possível de bem-estar. As intervenções de enfermagem podem ocorrer antes ou depois das linhas de resistência serem penetradas e em ambas as fases, de reação e de reconstituição. As intervenções ponderam o grau de reação, os recursos, os objetivos e os resultados antecipados.

Em síntese, este modelo conceptual de enfermagem ajuda-nos a compreender a situação da PDMG face ao stresse e a problematizá-la recorrendo às suas vivências. Permite-nos também tomar decisões sobre quais as intervenções mais adequadas às suas necessidades e que expandem as suas linhas de defesa. Por fim, orienta-nos ainda quanto ao modo de as desenvolver, com vista a aumentar o potencial da pessoa utilizar o stresse para uma mudança positiva, recorrendo aos seus recursos internos e externos na mobilização de mecanismos de *coping* adaptados.

Dada a centralidade das intervenções de enfermagem neste trabalho, é indispensável definir este componente do cuidado de enfermagem. Assim, a *intervenção de enfermagem* é toda a ação desenvolvida em resposta a um diagnóstico de enfermagem com vista a produzir um resultado esperado (ICN, 1987). Esta definição é corroborada por Johnson et al. (2009) que definem a intervenção de enfermagem como qualquer tratamento baseado no julgamento clínico de um enfermeiro visando melhorar os resultados em saúde do cliente.

De acordo com o Royal College of Nursing (2003) a *intervenção terapêutica de enfermagem*, refere-se especificamente à intervenção que visa o impacto positivo na saúde física e ou mental do indivíduo, grupo ou comunidade, segundo uma conceção positiva de saúde, isto é, não se restringindo à mera ausência de doença. Já Lopes (2006) refere-se a estas intervenções, como as intervenções de enfermagem com potencialidades terapêuticas demonstradas.

Sá (2010) suportando-se na definição das competências do EESMP (OE, 2010) refere que a especificidade da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica se funda na prestação de cuidados ao cliente, com problemas de saúde mental reais ou potenciais e consiste na incorporação de *intervenções psicoterapêuticas* no processo de cuidados à pessoa, família grupo ou comunidade, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa.

Poderemos dizer que as *intervenções psicoterapêuticas* designam aquelas intervenções que utilizam fundamentalmente procedimentos psicológicos, a fim de ajudar

a pessoa a modificar um comportamento, a gerir um sintoma ou um síndrome e a desenvolver as suas capacidades de adaptação (Chalifour, 2008).

Enquanto as intervenções biológicas ou farmacológicas visam reduzir a vulnerabilidade, limitar a sintomatologia, diminuir pensamentos bizarros e normalizar o comportamento, as intervenções psicossociais e/ou psicoterapêuticas capacitam a pessoa disfuncional a atingir o máximo nível de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar (DGS, 2007).

De acordo com Corsini (1984, cit in Chalifour, 2008), o denominador comum de todas as terapias psicológicas, é serem métodos de aprendizagem que fomentam mudanças adaptativas nas pessoas “(...) ajudando-as a pensar de um modo diferente (cognição), a sentirem-se diferentes (sentimentos) e a agir distintamente. A psicoterapia é uma aprendizagem: nalgumas o cliente aprende algo novo, noutras aprende como aprender. Noutras ainda, paradoxalmente, pode ser uma ocasião de desaprender para reaprender aquilo que o cliente já conhece”.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2002) as intervenções de enfermagem têm como finalidade ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde, atingindo a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível, dando-se particular relevo à promoção do projeto de saúde que cada pessoa vive e persegue.

Dado que o exercício profissional do enfermeiro se insere em contexto de atuação multiprofissional distinguem-se as intervenções de enfermagem em interdependentes e autónomas, sendo que as primeiras se referem a intervenções iniciadas por outros técnicos. Por seu lado, as intervenções autónomas são aquelas auto-iniciadas pelos enfermeiros, que assim assumem a responsabilidade pela sua prescrição e implementação técnica, com base numa abordagem holística da pessoa ou grupo e são orientadas para detetarem problemas precocemente (reais ou potenciais), resolver ou minimizar os problemas identificados e evitar os riscos acessórios (OE, 2002; REPE, 1996; Sequeira, 2006).

Na conceção e desenvolvimento das intervenções de enfermagem, a relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente assume um papel central, caracterizando-se pela parceria e pelo respeito pelas capacidades do cliente (OE, 2002). Deste modo, é particularmente importante garantir a qualidade da relação com a PDMG que vivência situações stressantes e recorre a estratégias de *coping* ineficazes, através de intervenções flexíveis e adaptáveis às necessidades da pessoa e, às características do interveniente, do contexto e do tipo de relação.

É neste âmbito que situo as intervenções de enfermagem promotoras da gestão do stresse da PDMG desenvolvidas ao longo desta experiência clínica: intervenções psicoterapêuticas, autónomas de enfermagem.

O Modelo relacional em que me suportei para a conceção e desenvolvimento das IGS da PDMG, foi o Modelo de Relação de Ajuda profissional proposto por Chalifour (2008), de inspiração existencial-humanista. É um modelo do tipo desenvolvimentista, na qual a relação interveniente-cliente constitui um sistema particular, é uma experiência de crescimento que se desenvolve no tempo e se centra no crescimento e mudança. Subjacente ao modelo está a tendência individual para o crescimento e adaptação, onde

os elementos emocionais são mais evidenciados que os intelectuais no sentido dado à situação atual.

São formuladas três premissas, sendo a primeira relativa à pessoa enquanto ser com recursos latentes que lhe permitem atualizar permanentemente as suas características, mas cuja vivência de dificuldades a podem privar de as reconhecer, aceitar ou viver plenamente; a segunda concernente à dimensão relacional do ser humano – com o ambiente físico e humano, com o ambiente externo e interno – da qualidade da qual depende o modo como o homem percorre o seu caminho; e, finalmente, a terceira premissa é relativa ao interveniente que favorece esta relação, cuja base das intervenções terapêuticas está na expressão consciente das suas qualidades humanas, pessoais e profissionais, destacando-se o lugar da autenticidade, a empatia e o respeito incondicional no acolhimento do cliente de tal modo que este possa desenvolver e conduzir a sua vida de acordo com a sua natureza, e quando tal seja necessário, suprir as suas capacidades (Chalifour, 2008; 2009).

Em suma, o cliente é entendido como um fim em si mesmo, é digno de confiança, tem a capacidade de se desenvolver. Assim, a PDMG é considerada como um parceiro nos cuidados de enfermagem, com os seus recursos, limitações, valores e a sua história de vida, cabe ao enfermeiro favorecer e criar as condições necessárias para que o cliente percorra o seu caminho no sentido de se adaptar aos agentes de stresse, às vivências de stresse que interfiram no seu bem-estar.

A revisão da literatura cuja síntese foi aqui apresentada, a minha história pessoal e competência profissional, de onde decorrem o meu interesse e conhecimento relativamente à PDMG, constituíram-se como base de sustentação, a par com a qualidade do vínculo terapêutico, que me permitiram conceber, desenvolver e avaliar intervenções terapêuticas adaptadas às necessidades específicas deste grupo-alvo. Neste sentido, as intervenções desenvolvidas, assentaram numa matriz de promoção da saúde mental e de prevenção da perturbação mental, recorreram a terapias e técnicas diversificadas e visaram um impacto ao nível da gestão do stresse, nomeadamente pelo recurso a estratégias de *coping* adequadas, pelo aumento da interação e suporte social e pela diminuição da ansiedade.

3. ATIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO

Com o estágio pretendi desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, designadamente no que se refere à prestação e gestão de cuidados de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo (OE, 2011). Nesse sentido, acedi aos recursos humanos e estruturais dos contextos onde decorreu o estágio, para intervir de uma forma terapêutica a partir da observação, centrando-me na relação usando a criatividade e a reflexão na ação, de modo a atingir a finalidade e objetivos definidos.

Ao longo do estágio, que decorreu em dois contextos, integrei e desenvolvi diferentes atividades, sob orientação e supervisão da Professora Orientadora e dos Enfermeiros Orientadores Clínicos. O acompanhamento e a supervisão através de reuniões formativas foram cruciais para o meu progresso.

A opção de realizar estágio em dois contextos distintos teve como pressupostos que os fatores de stresse se encontram com frequência ligados ao começo dos episódios e às recaídas (Vaz-Serra, 2007) e, que na manutenção da estabilização a PDMG é desafiada a lidar de modo eficaz com o stresse do seu dia-a-dia, podendo assim considerar que em diferentes etapas da sua doença, as pessoas vivenciam stressores de diferentes naturezas.

O primeiro momento de estágio realizou-se na Clínica Psiquiátrica I, pertencente ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, de 26 de Setembro a 25 de Novembro de 2011. Este serviço foi selecionado por reunir condições favoráveis ao desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem de saúde mental, mais concretamente na pessoa em situação de crise, pelo que tive como principal intuito conhecer os fatores de stresse com que se confronta a pessoa em fase aguda da sua doença e os mecanismos de adaptação que utiliza, bem como planear e desenvolver em colaboração, sob supervisão clínica, IGS dirigidas à pessoa com doença mental. Neste primeiro contexto procurei desenvolver aprendizagens e adquirir competências técnicas, científicas e éticas de suporte às intervenções concebidas, desenvolvidas e avaliadas no segundo contexto de estágio.

O segundo momento de estágio decorreu na Equipa Comunitária da Parede, pertencente ao Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital São Francisco Xavier (DSMP-HSFX), decorrido de 28 de Novembro de 2011 a 10 de Fevereiro de 2012. Este serviço foi selecionado por reunir condições favoráveis ao desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem de saúde mental, em particular ao nível das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas dirigidas à PDMG, pelo que tive como principal intuito conhecer os fatores de stresse com que se confronta a pessoa em fase estável da sua doença e os mecanismos de adaptação que utiliza, bem como conceber, desenvolver e avaliar intervenções psicoterapêuticas sistemáticas, sob a supervisão de uma Enfermeira Especialista perita nesta área.

Seguidamente é realizada uma caracterização breve dos contextos quanto à finalidade definida para este estágio – conceber, desenvolver e avaliar IGS da PDMG – enunciando para cada um deles, segundo os objetivos de estágio mais pertinentes em contexto, as principais atividades e processos de trabalho por mim realizados.

Dado o carácter mais interventivo do estágio na Equipa Comunitária da Parede, desenvolverei mais amplamente estas atividades e processos de trabalho.

3.1. Clínica Psiquiátrica I - Contexto Hospitalar

A Clínica Psiquiátrica I é um serviço de internamento do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, que presta cuidados imediatos na crise, com 28 camas, 14 para o género feminino e 14 para o género masculino. Integra o setor A que presta cuidados à população de Odivelas e Loures Ocidental. Articula-se com outros serviços tais como: a Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia (U.T.R.A.) que presta cuidados ao utente com problemas de alcoolismo através de um programa de reabilitação em ambulatório; a Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos (U.C.C.P.O.) e o Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (N.I.C. de Loures), que prestam cuidados na comunidade ao nível da promoção da saúde, da prevenção e da reabilitação.

Ao nível dos recursos humanos, a Clínica Psiquiátrica I dispõe de uma equipa multidisciplinar, 1 Diretor Clínico; 1 Enfermeira Chefe; 19 enfermeiros, dos quais 2 EESMP; 1 Técnica de Serviço Social; 1 Psicóloga; 10 Assistentes Operacionais e 1 Secretária de Unidade. A equipa de enfermagem utiliza o método individual de trabalho, havendo uma distribuição diária dos clientes, pelos enfermeiros escalados em cada turno: 4 enfermeiros no turno da manhã, 2 enfermeiros nos turnos da tarde e da noite. Ao longo do período em que decorreu o estágio, o serviço prestou cuidados a 59 clientes, 34 mulheres e 25 homens, com uma média de internamento de 19,21 dias. A maioria dos clientes assistidos (33) apresentou diagnósticos médicos do grupo das psicoses, seguidos dos clientes (13), com diagnósticos do grupo dos problemas aditivos, de álcool (11) e outras drogas (2).

Esta diversidade de situações favoreceu múltiplas experiências e o desenvolvimento de competências no âmbito da avaliação das necessidades da pessoa com doença mental face ao stresse, que implicaram a pesquisa e da tomada de decisão dos instrumentos para avaliação destas necessidades, bem como de IGS dirigidas à pessoa em fase aguda de doença.

Assim, enuncio as principais atividades e processos de trabalho por mim desenvolvidos, organizados segundo os objetivos preconizados para este estágio e que foram mais solicitados neste contexto.

- *Desenvolver conhecimentos relativos às IGS a desenvolver:*
 - ✓ Revisão da literatura de referência relacionada com a temática;
 - ✓ Reuniões informais com a Professora Orientadora e com o Enfermeiro Orientador;
 - ✓ I Jornadas de Enfermagem do CHPL (17 e 18 Novembro de 2011).

- *Identificar os fatores de stresse vivenciados e os mecanismos de adaptação utilizados pela PDM em fase aguda de doença:*

- ✓ Reuniões informais com o Enfermeiro Orientador e os Enfermeiros da Clínica Psiquiátrica I;
- ✓ Consulta de processos clínicos;
- ✓ Pesquisa de instrumentos para avaliação das necessidades da PDM face ao stresse (Lista de Transtornos do dia-a-dia; Acontecimentos de Vida stressantes; Escala de Ansiedade de Zung);
- ✓ Entrevista Clínica de Enfermagem.

Para avaliar as necessidades face ao stresse da PDM em fase aguda e planear os cuidados de enfermagem suscetíveis de lhes responder, recorri a instrumentos clínicos por mim adaptados, que estão descritos de modo mais pormenorizado na secção 3.2.1.1 e que, aqui apenas enuncio brevemente. Deste modo, criei um instrumento de colheita de dados, de suporte à entrevista clínica de enfermagem, composto por:

“Acontecimentos de Vida e Transtornos do Dia-a-dia Stressantes” (AVTDS), adaptado do Manual de Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave (2008) e da *Escala de Medida de Reajustamento Social* (Holmes & Rahe, 1967, cit in Vaz-Serra, 2007), a fim de identificar os fatores percebidos pela pessoa como geradores de stresse.

“Mecanismos de Adaptação Individuais”, *adaptado da versão portuguesa do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus* (Savóia, et al.,1996), para caracterizar os mecanismos de adaptação, eficazes ou ineficazes, mais frequentemente utilizados pela pessoa na gestão das situações de stresse do seu quotidiano, a partir da descrição de situações vividas. Utilizei este instrumento de forma não sistemática, no sentido de promover o autoconhecimento da PDM.

Utilizei ainda, a *Escala de Ansiedade* de Zung (1975), validada para a população portuguesa por Ponciano, Vaz-Serra e Relvas (1982) para monitorizar a ansiedade-estado dos clientes. É uma escala autoadministrada, composta por 20 afirmações avaliadas numa escala de 4 pontos (1 significa nunca ou raramente e 4 significa sempre ou maioritariamente), relativamente à forma como a pessoa se sente no momento presente. Os scores variam entre 20 e 80, sendo que 5 dos seus itens são contados de forma inversa. Esta Escala foi aplicada em contexto de intervenção de grupo relativa ao tema “Ansiedade”, promovendo quer o autoconhecimento, quer o autocontrole do cliente face a esta resposta humana (Anexo 1).

Os registos clínicos e as entrevistas realizadas aos clientes deram suporte aos procedimentos de avaliação.

- *Conceber estratégias e instrumentos de apoio ao desenvolvimento das intervenções:*

- ✓ Seleção de instrumentos de apoio e testagem da sua aplicação;
- ✓ Pesquisa de dinâmicas e condução de grupos de IGS;
- ✓ Desenvolvimento de IGS na PDM, experienciar a condução em colaboração de um grupo (aberto) com a supervisão do Enfermeiro Orientador e Professora Orientadora.

Utilizaram-se 2 instrumentos de suporte às intervenções, o Registo de planificação da sessão e o Registo de avaliação da sessão. Para o primeiro seguimos um modelo desenvolvido no âmbito da UC TÍPESMP, onde se enunciam os objetivos terapêuticos específicos, a metodologia a desenvolver, os recursos requeridos, assim como os conteúdos respeitantes à temática central a desenvolver e a duração prevista para a sua realização em três etapas gerais: a apresentação (com acolhimento e dinâmica de grupo), o desenvolvimento (com o desenvolvimento da temática) e a conclusão (com encerramento com ressignificação da sessão). No Registo de avaliação da sessão adaptado da NOC monitoriza-se a motivação e participação, a atenção e concentração, o comportamento, a interação e relação, assim como a satisfação apresentada pelos participantes, segundo itens numerados (Anexo 2 e 3).

Tendo em conta as necessidades identificadas na população-alvo, foram definidos os seguintes temas a abordar nas sessões: “Informações gerais sobre o stresse”; “Ansiedade”. “Técnicas de Relaxamento”; “Comunicação Assertiva”; “Humor”; “Tarefas domésticas desagradáveis”. Dado que o tempo médio de internamento era de cerca de 19 dias, para que o máximo de clientes beneficiasse das intervenções decidiu-se que o grupo seria aberto quanto à sua natureza. Assim, foram planeadas e desenvolvidas onze intervenções, distribuídas por seis semanas, com uma frequência bissemanal. Do mesmo modo, devido aos participantes se encontrarem em fase aguda da doença, decidiu-se a duração máxima de cada sessão em 60 minutos.

Os temas e duração das sessões foram adequados, a par e passo, em função das características dos participantes presentes (grupo aberto), ponderando designadamente as suas preferências (escolha temas) e constrangimentos (concentração diminuída). O recrutamento dos participantes foi realizado em colaboração com os enfermeiros da equipa em função das finalidades visadas e, os critérios de exclusão definidos: pessoa com grave défice cognitivo; pessoa que não compreende, nem fala a Língua Portuguesa; pessoa com incapacidade para tolerar o *setting* grupal; agitação extrema. Diariamente era realizada uma avaliação junto da equipa de enfermagem, especificamente com o Enfermeiro Orientador para selecionar os participantes.

- Identificar os contributos das IGS para a PDM:
 - ✓ Realização de um instrumento de avaliação das IGS;
 - ✓ Planeamento, desenvolvimento e avaliação de IGS dirigidas à PDM;
 - ✓ Realização de um estudo de caso segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman (Anexo 4);
 - ✓ Realização de ação de formação dirigida à equipa de enfermagem acerca temática em estudo - intervenções de enfermagem de promoção da gestão do stresse da PDM, da avaliação diagnóstica, ao planeamento e avaliação das intervenções (Anexo 5).

- Efetuar um balanço das competências especializadas desenvolvidas:
 - ✓ Reuniões formativas com a Professora Orientadora e Enfermeiro Orientador;
 - ✓ Reflexões críticas de auto-avaliação;
 - ✓ Elaboração de um diário de campo (Anexo 6).

As experiências que vivi neste contexto de estágio permitiram-me adquirir conhecimentos, habilidades e perícias, ou seja, competências ao nível da intervenção especializada em enfermagem dirigidas à PDM em fase aguda. Destaco entre outros, a experiência de particular relevo de desenvolvimento de relações terapêuticas segundo uma abordagem existencial-humanista; a tomada de consciência da utilidade de técnicas comunicacionais, individuais e em grupo, como o feedback constante e positivo da informação partilhada; a certeza da avaliação metódica das necessidades dos clientes e da sua monitorização ao longo do processo de intervenção, como fulcrais ao seu desenvolvimento bem-sucedido. Por fim, as intervenções de enfermagem requerem personalização, sistematização, focalização nos interesses e motivações dos clientes e as sessões em grupo devem seguir uma estrutura que favoreça a progressão e desenvolvimento dos participantes (como as dinâmicas de grupo; os exercícios de quebra-gelo; as técnicas psicoterapêuticas; a síntese e o encerramento com ressignificação da experiência vivida em grupo).

3.2. Equipa Comunitária da Parede - Contexto Comunitário

A Equipa Comunitária da Parede é responsável pela prestação de cuidados de saúde mental diferenciados e especializados à população na área de influência da Parede incluindo a PDMG, a quem dirige o *Programa Integrar*, de reabilitação psicossocial. É uma estrutura do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital São Francisco Xavier (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental) que se articula com os restantes serviços deste departamento, bem como com os Cuidados de Saúde Primários e outras estruturas da rede social da sua área de influência.

As suas instalações situam-se no Largo Mário Azevedo Gomes, na Parede. Quanto aos recursos humanos, a Equipa Comunitária da Parede é constituída por enfermeira, psiquiatras; técnico de serviço social; técnico administrativo e segurança. O Enfermeiro assume um papel de complementaridade com outros profissionais, concorrendo para a concretização de um objetivo comum, a promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença, tratamento adequado e a reabilitação psicossocial da pessoa e família em situação de doença mental.

A figura do Técnico de Referência é a pedra basilar do *Programa Integrar*, responsável pela gestão de cuidados relacionada com as necessidades e problemáticas que envolvem cada cliente. O objetivo prende-se com a continuidade de cuidados, procurando assegurar a adesão à terapêutica, a reabilitação psicossocial e a prevenção de recaídas, através de intervenções biológicas, psicológicas e sociais. (Banazol et al., s.d.; OE, 2010).

Previamente ao início do estágio, dadas as características do projeto que pretendia desenvolver, de implementação de IGS da PDMG, comecei por apresentá-lo à equipa, destacando os resultados visados - melhorar as estratégias de *coping*; diminuir a ansiedade; e aumentar o suporte social - a sua sustentação na evidência, bem como as condições técnicas e éticas de suporte ao seu desenvolvimento, sob a supervisão da

Professora Orientadora e Enfermeira Orientadora, garantindo-se a segurança dos clientes.

Começo por enunciar uma síntese das principais atividades e processos de trabalho por mim desenvolvidos neste contexto de estágio, em função dos objetivos de estágio que foram mais solicitados.

- *Identificar os fatores de stresse vivenciados e os mecanismos de adaptação utilizados pela PDMG em fase estável de doença:*

- ✓ Seleção e adaptação de instrumentos para avaliação das necessidades da PDM face ao stresse (*Lista de Transtornos do dia a dia; Acontecimentos de Vida stressantes; Escala de Perceção do Stress; Estratégias de Coping*);

- ✓ Reuniões de avaliação clínica com os técnicos da equipa;

- ✓ Consulta de processos clínicos;

- ✓ Entrevista Clínica de Enfermagem;

- ✓ Realização de um estudo de caso segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman (Anexo 7);

- *Conceber estratégias e instrumentos de apoio ao desenvolvimento das intervenções:*

- ✓ Aplicação e análise dos instrumentos de apoio ao desenvolvimento das intervenções;

- ✓ Conceção, desenvolvimento e avaliação de IGS da PDMG, ponderando as necessidades específicas dos clientes, com a supervisão da Enfermeira Orientadora e da Professora Orientadora;

- ✓ Condução de um grupo (fechado) com a supervisão do Enfermeiro Orientador e Professora Orientadora.

- *Identificar os contributos das IGS para a PDMG:*

- ✓ Aplicação de um instrumento de avaliação das IGS;

- ✓ Adaptação do Questionário de Satisfação do Cliente, de Attkisson (1979, a partir da versão francesa de Charnbon, 1992), sua aplicação e análise.

- *Efetuar um balanço das competências especializadas desenvolvidas:*

- ✓ Reuniões formativas com a Professora Orientadora e Enfermeira Orientadora;

- ✓ Reflexões críticas de autoavaliação;

- ✓ Elaboração de um diário de campo (Anexo 8).

3.2.1. Implementação de intervenções de enfermagem

As intervenções psicoterapêuticas de grupo concebidas, planeadas e desenvolvidas suportaram-se em juízos clínicos, foram desenvolvidas em resposta a diagnósticos de enfermagem, com vista a produzir um impacto positivo na saúde mental da PDMG (ICN, 1987; Royal College of Nursing, 2003). Pretendeu-se assim, com estas intervenções, incrementar os fatores protetores (estratégias de *coping* eficazes, suporte

social) e minimizar os fatores negativos (minimização da ansiedade e dos fatores de stresse) na PDMG. Deste percurso faço uma síntese nos subcapítulos seguintes.

As intervenções de grupo foram concebidas e planeadas com o apoio da Professora Orientadora e Enfermeira Orientadora, tendo sido desenvolvidas por mim e pela Enfermeira Orientadora segundo uma lógica de terapeuta e co-terapeuta, respetivamente. Assumi a responsabilidade pela sua implementação, desenvolvimento e avaliação num grupo de PDMG, com o qual funcionei como terapeuta responsável pela condução do grupo.

Utilizou-se o Instrumento de planificação da sessão já anteriormente descrito, e adaptou-se de Landeiro (2011) um outro instrumento de Registo de avaliação da sessão, a *Grelha de Indicadores de Processo*. Este instrumento monitoriza o processo de desenvolvimento das sessões, permitindo apreciar a eficácia de cada sessão, a evolução de cada participante e as suas necessidades específicas, e apresenta-se estruturada em três domínios significativos na Gestão do Stresse: 1) a dimensão *Interagir e relacionar-se positivamente*, manifestada por comportamentos de “partilha de uma experiência” e “dar feedback positivo”; 2) a dimensão *Aceitar a responsabilidade da sua recuperação* manifestada por comportamentos de “assiduidade, pontualidade” e “colocar questões sobre os temas” e 3) a dimensão *Comunicação Assertiva* manifestada por comportamentos de “escuta o outro, não interromper o outro” e “explicita-se claramente”. Além destas dimensões, para cada intervenção, foram definidos indicadores em função dos objetivos específicos a atingir. Após o término de cada intervenção procedia ao preenchimento desta grelha, avaliando individualmente o comportamento de cada participante, o que me permitiu ter uma visão do progresso e necessidades de cada elemento ao longo do processo (Anexo 9).

3.2.1.1. Instrumentos de avaliação das necessidades face ao stresse da PDMG em fase estável

No sentido de obter a *História do stresse* dos participantes e avaliar as suas necessidades em cuidados de enfermagem a este nível, criei um instrumento de colheita de dados que apliquei durante a entrevista clínica de enfermagem. Para a sua construção recorri a alguns instrumentos clínicos, que foram aplicados de forma integral e outros que foram adaptados. Consoante a etapa de doença com que os clientes se confrontavam, utilizei diferentes instrumentos que me pareciam mais adaptados às suas necessidades específicas (gestão ou prevenção da crise) e aos contextos onde decorriam os cuidados (internamento ou comunidade), alguns atrás mencionados e que, passo a descrever.

Instrumento “Acontecimentos de Vida e Transtornos do Dia-a-dia Stressantes” (AVTDS) a fim de identificar os fatores percebidos como geradores de stresse pela PDMG. Para a sua elaboração suportei-me em dois instrumentos prévios, a *Lista de transtornos do dia-a-dia* (Manual de Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave, 2008) e a *Escala de Medida de Reajustamento Social* de Holmes e Rahe (1967, cit in Vaz-Serra, 2007). Recorri ainda a Savóia (1995), para agrupar os acontecimentos e transtornos stressantes pelas categorias: Trabalho (8

itens); Ambiente Social (7 itens); Ambiente Familiar (7 itens); Dificuldades Pessoais (8 itens); Finanças (4 itens); Perda de suporte social (3 itens); Datas importantes (2 itens) (ANEXO 10).

“Escala de Percepção do Stress” de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) adaptada para a população portuguesa por Ribeiro e Marques (2009). É uma medida global de stresse que avalia o grau em que a pessoa aprecia as suas situações de vida como stressantes. Possui treze itens constituídos por perguntas acerca dos pensamentos e sentimentos presentes no último mês, avaliados segundo escala tipo lickert de 5 medidas - “nunca”; “quase nunca”; “algumas vezes”; “com muita frequência” e “muitas vezes”. Os scores obtidos variam entre 0 e 52. Considerámos que scores superiores a 26, são passíveis de traduzir uma vivência subjetiva de stresse (Anexo 11).

“Mecanismos de Adaptação Individuais”, *adaptado da versão portuguesa do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus* (Savóia et al.,1996) para caracterizar os mecanismos de adaptação, eficazes ou ineficazes, utilizados na gestão das situações de stresse do quotidiano, a partir da descrição de situações vividas pelos participantes. Identificam-se 8 tipos de estratégias de adaptação conforme o comportamento dominante: 1) confronto, quando a pessoa apresenta esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco; 2) afastamento, quando a pessoa manifesta esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação; 3) Auto-controlo, quando a pessoa apresenta esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações; 4) procura de suporte social, quando a pessoa descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional; 5) aceitar a responsabilidade, quando a pessoa mostra reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor a situação; 6) fuga-evitamento, quando a pessoa exhibe esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema; 7) Resolução planeada do problema, quando a pessoa descreve os esforços deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica da solução do problema e 8) reavaliação positiva do problema, quando a pessoa apresenta os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal (Anexo 12).

3.2.1.2. Seleção e Construção do Grupo e Caracterização das suas Necessidades

Um grupo é um conjunto de pessoas que são interdependentes na tentativa de realização de objetivos comuns e visam um relacionamento interpessoal satisfatório (Minicucci, cit in Guerra & Lima, 2005). Cada grupo tem a sua própria estrutura e identidade. O poder do grupo incide nas contribuições de cada elemento e do líder para a finalidade compartilhada do grupo (Stuart e Laraia, 2001).

A seleção dos participantes que integraram o grupo foi efetuada com a colaboração da Enfermeira Orientadora e com a indicação da restante equipa multidisciplinar responsável pelos cuidados. Uma vez indicadas as pessoas, foi realizada uma entrevista inicial de enfermagem, com os seguintes objetivos: realizar a colheita de dados, de forma a determinar as necessidades da PDMG face ao stresse e deste modo confirmar a presença de diagnósticos a este nível; favorecer o estabelecimento de uma relação

terapêutica; dar a conhecer e entrecruzar os objetivos da sua inserção no Grupo de Gestão do Stresse (GGS); avaliar a sua motivação para a integração no Grupo; aplicar os critérios de exclusão definidos (ausência de autonomia na deslocação ou de apoio alternativo; impossibilidade para frequentar as sessões definidas; Pessoa com grave défice cognitivo; Incapacidade para tolerar o *setting* grupal; extrema agitação; não adesão as normas aceitáveis dentro do grupo). Nesta entrevista favoreceu-se o consentimento informado, sendo expostos os objetivos do GGS; assim como a duração, a estrutura geral das sessões; o esclarecidas dúvidas, e salvaguardando-se o respeito pela decisão de cada pessoa.

A aplicação dos instrumentos clínicos permitiu caracterizar as necessidades dos participantes, com base nos diagnósticos de enfermagem. Esta informação permitiu a elaboração de planos de cuidados individualizados e a adequação da intervenção a cada participante.

Foi assim constituído um grupo terapêutico, fechado, com sete participantes adultos. Seis participantes têm o diagnóstico médico de Esquizofrenia, são seguidos em psiquiatria há mais de dez anos e são acompanhados por um Técnico de Referência da equipa; o outro participante tem o diagnóstico de Doença Bipolar é seguido em psiquiatria há dois anos e não é acompanhado por um Técnico de Referência. No Quadro 1, apresentam-se as principais características sociodemográficas registadas.

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos Participantes

Participante	Género	Idade	Estado civil	Nível de instrução	Coabitação	Ocupação Profissional
1	M	38	Solteiro	Ensino superior	Mãe	Desempregado, c/ atividade laboral esporádica
2	M	40	Solteiro	Ensino superior	Mãe	Desempregado
3	M	50	Solteiro	Ensino básico 2º ciclo	Pais	Reformado por invalidez
4	F	46	Divorciado	Ensino secundário	Pais	Desempregado
5	F	63	Divorciado	Ensino superior	_____	Desempregado
6	M	31	Solteiro	Ensino básico 3º ciclo	Mãe	Desempregado
7	M	51	Solteiro	Ensino básico 1º ciclo	Mãe	Reformado por invalidez

Dos sete participantes, cinco são do sexo masculino e dois do sexo feminino, têm idades compreendidas entre os 31 e os 63 anos de idade, sendo a média de idades de, 46 anos, portanto maioritariamente na transição (40-45) ou entrada (45-50) na meia-idade. De acordo com Levinson (1974, 1978) nos períodos de transição de idade, os papéis que o indivíduo assume têm crucial importância, seja pela forma como os encara seja pelas expectativas sociais acerca dos mesmos.

Podemos considerar o nível de instrução dos participantes, face à média geral da população portuguesa, como elevado. Assim três participantes realizaram curso do

Ensino superior, dos restantes quatro, um concluiu o Ensino secundário, um concluiu o 3º ciclo do Ensino básico, um concluiu o 2º ciclo do Ensino básico e outro, ainda, o 1º ciclo do Ensino.

Apesar de se tratar de um grupo de participantes na meia-idade, com exceção do participante 6 (adulto jovem de 31 anos), todos os participantes do sexo masculino são solteiros, sendo as duas mulheres divorciadas. Apenas a participante mais velha vive sozinha, todos os outros ou vivem com ambos os pais (participantes 3 e 4) ou apenas com a mãe (participantes 1, 2, 6 e 7), sendo este o grupo maioritário.

Sendo que todos os participantes se encontram numa faixa etária em que é expectável que desempenhem uma atividade laboral, nenhum deles tem uma ocupação profissional, à exceção de um que por vezes desempenha uma atividade esporádica, mais de natureza ocupacional que laboral. Assim, a maioria dos participantes (cinco) encontra-se em situação de desemprego e, os restantes dois (participantes 3 e 7), estão reformados por invalidez.

Com base na entrevista, na colheita de dados decorrente dos instrumentos clínicos utilizados, na sua análise e discussão com a Enfermeira Orientadora, identificaram-se em relação com o stresse, os seguintes diagnósticos de enfermagem por participante, sintetizados no Quadro 2.

Quadro 2 – Diagnósticos de Enfermagem identificados por Participante

Part.	Juízo	Diagnósticos de Enfermagem
1	Grau moderado	Ansiedade Presente manifestada por inquietação e verbalização do próprio, aumento do consumo de cigarros, relacionada com a sua exigência e insegurança no trabalho esporádico “quero entregá-los (trabalhos) e quero entregá-los bem” (SIC).
	Ineficaz	Coping manifestado por estratégias de coping de afastamento, relacionado com incapacidade de estabelecer relações sociais satisfatórias.
	Comprometida	Interação Social manifestada por verbalização do próprio de sentimentos de isolamento social (não tem amigos, não pertence a grupos), relacionado com desconforto em situações sociais.
2	Comprometida	Interação Social manifestada por isolamento (não tem amigos, não pertence a grupos, perdeu o padasto recentemente), falta de interesse em relacionar-se com outras pessoas, relacionado com uma interação disfuncional com as outras pessoas.
	Ineficaz	Coping manifestado por estratégias de coping de afastamento e verbalização do cliente “lido com a morte de forma fria” ao ser abordado o tema do falecimento do padasto, relacionado com a dificuldade na gestão das emoções.
3	Grau moderado	Ansiedade Presente manifestada por tremores nas mãos e tiques nas pernas, relacionada com o medo da exposição social.
	Comprometida	Interação Social manifestada por isolamento (não tem amigos, não pertence a grupos), relação conflituosa com o pai, sentimento de ser rejeitado pela família, relacionado com interação disfuncional com as outras pessoas.
	Ineficaz	Coping manifestado por estratégias de coping de confronto, relacionado com a incapacidade de estabelecer relações sociais de forma satisfatória, nomeadamente com o pai.

4	Comprometida	Interação Social manifestada por isolamento (não tem amigos, não pertence a grupos), incapacidade para manter relações satisfatórias (nomeadamente com os familiares, sobretudo a mãe), relacionado com a interação disfuncional com as outras pessoas.
	Ineficaz	Coping manifestado por estratégias de coping de afastamento (procura incessante de emprego sem estratégia previamente definida) e de confronto (conflitos com familiares), relacionada com a interação disfuncional com a família.
5	Comprometida	Interação Social manifestada por isolamento (permanecendo grandes períodos em casa), humor deprimido; ausência de apoio de pessoas significativas, relacionada com a incapacidade de estabelecer relações sociais satisfatórias, nomeadamente com a filha.
	Ineficaz	Coping manifestado por estratégias de coping de afastamento, relacionado com o uso inadequado de mecanismos de defesa.
6	Comprometida	Interação Social manifestada por isolamento (permanecendo grandes períodos em casa), tristeza; afeto aborrecido; fraco contacto visual, hostilidade verbal, relacionada com a incapacidade observada e verbalizada para receber ou comunicar uma relação de pertença, de afeto ou de interesse.
	Ineficaz	Coping manifestado por estratégias de coping de afastamento, relacionado com a incapacidade em estabelecer relações sociais de forma satisfatória.
7	Ineficaz	Coping manifestado por estratégias de coping de afastamento (faz como se nada tivesse acontecido perante dificuldades no relacionamento com a mãe) e confronto (mostrando raiva aos vizinhos que fumam à janela), relacionado com o desconforto observado e verbalizado em situações sociais.
	Comprometida	Interação Social manifestada por isolamento (permanecendo grandes períodos em casa, relacionando-se raramente com dois amigos), relacionada com o pensamento delirante de conteúdo persecutório e incapacidade no estabelecimento de relações sociais satisfatórias;
	Grau moderado	Ansiedade presente manifestada por inquietação e humor lábil, relacionada com o desconforto observado em situações sociais.

3.2.1.3. Conceção e planeamento das intervenções

A conceção e planeamento de IGS da PDMG suporta-se no conhecimento que emergiu da revisão da literatura e numa perspetiva existencial-humanista da relação terapêutica (Chalifour, 2008, 2009), tendo sido ponderadas as necessidades, motivações e interesses da PDMG, alvo dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, estimular a Interação Social /suporte social), melhorar as estratégias de *coping* e minimizar a ansiedade.

O plano de intervenções foi criado com a finalidade de guiar uma intervenção especializada de enfermagem em saúde mental, visando a promoção de estratégias de gestão do stresse da PDMG, melhorando as estratégias de *coping* e minimizando a ansiedade.

Foi desenvolvido um plano de intervenções sistematizadas de enfermagem de GSPDMG, estruturado e constituído por nove intervenções (sessões), com a duração de

noventa minutos, realizadas semanalmente, dirigidas a PDMG, desenvolvidas em contexto de grupo fechado.

Após a última sessão, aplicou-se um *Questionário de Satisfação do Cliente*, traduzido e adaptado de CSQ-8 Attiksson (1979), a partir da versão francesa (Charnbon, 1992), com o intuito de avaliar individualmente a satisfação dos participantes quanto ao Grupo de Gestão do Stresse. O questionário adaptado contém sete questões, avaliadas pelos participantes segundo uma escala tipo lickert com quatro medidas, considerando 1) nada satisfeito; 2) pouco satisfeito; 3) satisfeito e 4) totalmente satisfeito. As questões foram agrupadas em torno de três domínios de satisfação, a Qualidade do Atendimento (QA) (perguntas 1 e 6); a Adequação às Necessidades (AN) (perguntas 2 e 3) e o Impacto Positivo na Saúde (IPS) (perguntas 4,5 e 7) (Anexo 13).

As sessões ocorreram na sala de grupo da ECP, à exceção de uma que decorreu no exterior. Uma estrutura-tipo foi desenvolvida no sentido de favorecer a coesão do grupo e a realização de atividades previstas em relação com os efeitos terapêuticos visados: introdução, apresentação individual de cada participante, quebra-gelo, desenvolvimento da temática central, avaliação e encerramento com ressignificação da experiência vivida.

Recorremos a mediadores como a música; o movimento; o role-play; o debate; folhetos informativos; esquemas em quadro branco; vídeos; apresentação em Microsoft Power Point; leitura de notícias; fichas de trabalho; documentos de apoio, no sentido de estimular as diversas dimensões da pessoa. Acudimos a dinâmicas de grupo ativas, solicitámos uma participação ativa, com a partilha de experiências, reforçamos positivamente as capacidades e finalizamos com um momento de contributo do grupo; avaliada a sua realização pela partilha dos participantes na sessão seguinte.

Cada sessão organizou-se em torno de um tema central, segundo os objetivos terapêuticos visados e que considerasse simultaneamente o tempo e o processo de desenvolvimento do grupo (início, meio e fim): “Apresentação”; “Stresse: Informações Gerais”; “Técnicas de Relaxamento”; “Rede de Suporte Social”; “Comunicação Assertiva”; “Técnica de Reestruturação Cognitiva”; “Humor e Projeto de Vida”; “Projeto de Vida e Despedida”, que descrevo seguidamente (Anexo 14).

A sessão 0 – “Apresentação”, tem como objetivo principal a construção do grupo terapêutico; a apresentação em traços-gerais da temática e metodologia a abordar nas sessões seguintes; a determinação pelos participantes das normas do grupo de Gestão do Stresse; a apresentação do regulamento do programa terapêutico, assim como a sua formalização através do contrato terapêutico e determinação do Contributo do Grupo (trabalho de casa) para refletir ao longo da semana e partilhar na sessão seguinte.

A sessão 1 – “Stresse: Informações Gerais” tem como objetivos aumentar o conhecimento sobre o stresse, sensibilizando para o conceito de vulnerabilidade ao stresse e o seu impacto no bem-estar da pessoa; promover o autoconhecimento, através da identificação de sinais de stresse, assim como o reconhecimento das causas de stresse. Estimulou-se a identificação de estratégias para lidar com o stresse e exemplificou-se uma estratégia (Respiração profunda).

A sessão 2 – “Técnicas de Relaxamento” e “Estratégia de Resolução de Problemas”, decorreu no Jardim Morais da Parede, para que cada participante tomasse

consciência dos estados emocionais através do corpo e ainda proporcionar uma diminuição das consequências do stresse através da realização de exercícios de relaxamento; como a Respiração Profunda; Exercícios de Tensão-Distensão e Auto-massagem. Foi ainda explicitada a Técnica de Resolução de Problemas, com a identificação dos passos para a sua realização e ainda selecionado um problema no seio do grupo para que fosse aplicada a Técnica de Resolução de Problemas em conjunto.

A sessão 3 –“Rede de suporte social”, teve como principal intuito a promoção da rede de suporte social. Reportou-se ao conhecimento do conceito de rede de suporte social; assim como promoção do autoconhecimento da rede de suporte social; a identificação da importância que cada participante estabelece à rede de suporte social; o seu grau de satisfação com a sua rede de suporte social; assim como a identificação das estratégias a utilizar para aumentar a sua rede de suporte social.

A sessão 4 e a sessão 5, subordinadas ao tema “Comunicação Assertiva”, tiveram como objetivo principal a aprendizagem e modelagem das habilidades de comunicação assertiva, através da promoção da tomada de consciência da necessidade de gerir emoções como estratégia de bem-estar e alívio da tensão; assim como da identificação e reflexão sobre o impacto das palavras positivas e negativas em si, e na comunicação, nas emoções e no comportamento do outro. Promoveu-se ainda a exploração teórico-prática de estratégias para melhorar a comunicação assertiva, através da técnica do role-play, de situações indicadas pelos participantes.

A sessão 6 –“Técnica de Reestruturação Cognitiva”, teve como principal finalidade estimular a alteração de pensamentos desordenados/distorções cognitivas, para que cada participante se veja a si e ao mundo de forma menos distorcida. Para tal, foram utilizadas Apresentação em Power Point; com recurso a imagens sugestivas de distorções cognitivas; realização de fichas de apoio; assim como a partilha em grupo das distorções cognitivas presentes em cada participante. Foi ainda selecionada uma distorção cognitiva pelos participantes para a realização da Técnica de Reestruturação Cognitiva em grupo.

A sessão 7 –“Humor e Projeto de Vida”, teve como objetivos promover a consciencialização da importância da utilização do humor como estratégia de gestão do stresse; através da promoção do autoconhecimento dos benefícios do humor e experimentação de estratégias de utilização do humor. Teve ainda como objetivo ajudar cada participante a priorizar desejos e objetivos com base nos recursos disponíveis e aumentar as estratégias de Resolução de Problemas através da concretização de objetivos, através da reflexão individual e registo em papel de um objetivo de vida; com posterior partilha dois-a-dois, assim como receber feedback das estratégias definidas.

A sessão 8 –“Projeto de Vida e Despedida”, deu-se termo ao tema Projeto de Vida, tendo como base a reflexão e partilha da sessão anterior, com a promoção da decisão individual de cada participante dos seus objetivos de vida e a identificação das estratégias para alcançar esses objetivos. Proporcionou-se ainda a realização do Gráfico “A Linha da Minha Vida no Grupo de Gestão do Stresse”, com o objetivo da reflexão individual sobre o percurso desenvolvido no GGS, tendo sido realçado o impacto positivo no funcionamento global de cada participante, e balanço do percurso individual e do grupo, e promovido o feedback positivo do grupo. Foi atribuído o sentido de âncora à participação, aprendizagens e empenho de cada participante no GGS, através da entrega das pastas

do GGS, com todo o material compilado e de certificados de participação. Concluiu-se a despedida do Grupo com um lanche.

3.2.1.4. O grupo e a relação no desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica

A intervenção psicoterapêutica ou o aconselhamento em matriz grupal, tem-se revelado um dos modos de intervenção mais válidos em saúde mental, não apenas pelo seu baixo custo, ao permitir abordar várias pessoas em simultâneo, mas, especialmente, pela elevada eficácia dos seus resultados, quando comparada com as intervenções individuais (Corey, 2000; Guerra & Lima, 2005).

A visão existencial-humanista da pessoa e da intervenção psicoterapêutica suportou o desenvolvimento deste grupo (Chalifour, 2008). Procurei reconhecer a individualidade de cada cliente e, explorar os recursos que lhe permitiam responder de modo mais efetivo às suas necessidades legítimas de afeto, de reconhecimento e de autonomia. Conjuntamente, fomentei a correção de algumas atitudes, emoções ou comportamentos desadaptados que prejudicavam a satisfação dessas necessidades, recorrendo sistematicamente ao feedback positivo, à auto e heteroavaliação.

Favoreci estratégias e dinâmicas que promovessem o crescimento e adaptação, bem como a coesão do grupo, imprimindo um desenvolvimento fluido ao longo das sessões, apelando à liberdade de escolha e à autorresponsabilização de cada elemento por si próprio e, pelo grupo (Guerra & Lima, 2005; Guimón, 2002).

Dado o poder dos processos de modelagem, de cooperação e competição, a par da dimensão socio-relacional inerente a intervenção grupal, na condução do grupo, consciente do meu papel de modelo, assumi como principais atitudes, a genuinidade, a empatia, o respeito incondicional, a assertividade, a espontaneidade, a confiança e segurança em si e nos outros, e, o sentido de humor,

O retorno sistemático às intervenções e ao seu impacto nos elementos e em mim mesma, através das reuniões de supervisão com a Enfermeira orientadora, foi uma etapa indispensável que me permitiu aceder mais facilmente aos meus processos internos e desenvolver uma maior consciência-de-mim, enquanto pessoa e enquanto terapeuta.

4. RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados obtidos basearam-se na análise dos dados colhidos ao longo do processo de desenvolvimento de intervenções de enfermagem, nomeadamente desde a avaliação das necessidades; ao desenvolvimento e avaliação das intervenções; bem como dos resultados obtidos e instrumentos de avaliação utilizados. A análise é sobretudo de natureza qualitativa, embora alguns dados tenham sido trabalhados com recurso ao Microsoft Excel.

4.1. Vivências do Stresse na Pessoa com Doença Mental Grave

Para aproximar as vivências do stresse na PDMG, identificámos os fatores de stresse reconhecidos pelos participantes como estando atualmente mais presentes na sua vida quotidiana (fase aguda e fase estável), a sua perceção de estar, ou não, stressado (fase estável), assim como os mecanismos de adaptação que reconhecem utilizar para a gestão dos acontecimentos e transtornos stressantes do dia-a-dia (fase estável).

Assim, para este fim, contribuíram 14 pessoas internadas na Clínica Psiquiátrica I, em fase aguda da doença. Na Equipa Comunitária da Parede participaram 7 clientes em fase estável da sua doença, acompanhados no programa de IGS.

4.1.1. Fatores de stresse vivenciados pela PDM(G) em fase aguda e estável da doença

Os participantes em fase aguda de doença indicaram como principais fontes de stresse o *ambiente familiar* (14 participantes), o *ambiente social* (11 participantes) e as *dificuldades financeiras* (9 participantes). Mais concretamente o *stresse no ambiente familiar* aparece relacionado com as discussões em casa, o sentir-se sobrecarregado em casa, as tarefas domésticas desagradáveis e a desordem ou desarrumação em casa; relativamente ao *stresse no ambiente social*, destaca-se o lidar com pessoas desagradáveis, os locais com muito movimento/muitas pessoas e os transportes públicos cheios; por fim, nas *dificuldades financeiras* são apontadas as dívidas, o não ter dinheiro suficiente para as despesas básicas e/ou para gastar em distrações.

Seis, dos 14 participantes, identificaram os problemas de saúde (*dificuldades pessoais*) como um acontecimento ou transtorno stressante do seu quotidiano. Com exceção de uma pessoa, as dificuldades relacionadas com o *trabalho* (sentir-se sobrecarregado no trabalho; desordem ou desarrumação no trabalho) não foram referenciadas como sendo um fator de vida stressante, neste momento de agudização da sua doença.

Quanto aos participantes em fase estável de doença, para além da identificação dos fatores de stresse reconhecidos pelos participantes como estando atualmente mais presentes na sua vida quotidiana (AVTDS), procurámos conhecer também a sua perceção de stresse. Os dados encontram-se sintetizados no Quadro 3.

Quadro 3 – Acontecimentos e Transtornos Stressantes e a Perceção do Stresse por Participante em fase estável

Participante	Acontecimentos e Transtornos stressantes	Perceção do Stresse
1	Trabalho Perda de suporte social Dificuldades financeiras	29
2	Perda de suporte social	16
3	Dificuldades financeiras Ambiente familiar Ambiente social	24
4	Trabalho	23
5	Dificuldades pessoais Dificuldades financeiras	21
6	Trabalho	25
7	Ambiente social Ambiente familiar Dificuldades pessoais	21

Estes participantes em fase estável de doença indicaram como principais fontes de stresse o *ambiente social* (3 participantes), as *dificuldades financeiras* (3 participantes) e o *trabalho* (3 participantes). Concretamente no que se refere ao *ambiente social* referem-se ao lidar com pessoas desagradáveis, ao viver num bairro problemático ou perigoso; face às *dificuldades financeiras* referem-se a não ter dinheiro suficiente para as despesas básicas e não ter dinheiro para gastar em distrações; e face ao *trabalho* referem-se tanto à procura de trabalho como às dificuldades decorrentes do seu desempenho profissional. As dificuldades com o *trabalho* são aliás referidas como o único fator stressante para 2 participantes.

As vivências do stresse em relação com *dificuldades pessoais* foram enunciadas por dois participantes (5 e 7), e em relação com o *ambiente familiar* (3 e 7). E, por fim a *perda de suporte social* foi expressa por um participante (2).

As *dificuldades financeiras* são evidenciadas em cerca de metade dos participantes, quer se apresentem em fase aguda da doença, quer seja em fase estável, o que nos leva a pensar, por um lado, que esta é uma das consequências dos *problemas de saúde* decorrentes do absentismo ao trabalho; ou, por outro lado, uma das consequências do insucesso na procura do mesmo.

Comparativamente, o que analisamos é que o *ambiente familiar* assume destaque na pessoa em fase aguda de doença, e contrariamente os problemas relacionados com o *trabalho* com maior evidência na pessoa em fase estável da doença, o que faz evidenciar

a importância do suporte familiar nos períodos de agudização da doença e, por outro lado, o trabalho assume primordial destaque quando está em causa a sua reintegração socioprofissional, tal como se apresenta a definição de Saúde Mental, sendo considerada como o estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere (OMS, 2001).

Na EPS, todos os participantes com exceção de um (participante 2) cotaram valores próximos, compreendidos entre os 21 e 29 pontos. Se considerarmos 26, uma pontuação a partir da qual a pessoa se percebe em situação de stresse, apenas um dos participantes se percebe desse modo, contudo salientamos que os restantes participantes estão próximo desta cotação.

4.1.2. Mecanismos de adaptação utilizados pela PDMG em fase estável da doença

Todos os participantes referiram estratégias de adaptação ineficazes para fazer face aos stresses do dia-a-dia, recorrendo a estratégias de afastamento, depreendidas das seguintes asserções: “fiz como se nada tivesse acontecido” (Participantes 1; 3 e 7); “minimizei a situação recusando a preocupar-me seriamente com ela”; “dormi mais que o normal” (Participantes 2 e 5); “não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação” (Participantes 4 e 6). Três destes participantes referiram recorrer igualmente a estratégias de confronto, deduzidas pelas seguintes afirmações: “de alguma forma extravasei os meus sentimentos” (Participante 3) e “descontei minha raiva em outras pessoas” (Participante 4); “mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema” (Participante 7).

Pela análise destes resultados, podemos proferir que estes resultados corroboram os obtidos na revisão da literatura, uma vez que estas pessoas com DMG têm tendência a usar estratégias de *coping* ineficazes, evidenciando assim maior vulnerabilidade ao stresse (Marques et al, 2007).

4.2. Contributos das Intervenções de Gestão do Stresse para a PDMG

Para identificar os contributos das IGS para a PDMG recorreremos aos indicadores de processo organizados nas três dimensões: 1) *interagir e relacionar-se positivamente*; 2) *comunicação assertiva*, e 3) *aceitação da responsabilidade da sua recuperação*; aos diagnósticos de enfermagem presentes nos participantes, após as intervenções de enfermagem desenvolvidas; e servimo-nos ainda do Questionário de Satisfação do Cliente, de forma a avaliar individualmente a satisfação dos participantes quanto às intervenções realizadas.

4.2.1. Indicadores de Processo

Na sua globalidade, o grupo demonstrou comportamentos positivos face às três dimensões definidas, isto é, competências relevantes para o desenvolvimento de estratégias de adaptação individuais eficazes.

No que respeita concretamente ao domínio *“interagir e relacionar-se positivamente”*, todos os participantes foram capazes de, em cada sessão, “partilhar uma experiência”, com exceção da primeira, na qual a participante 5 não o conseguiu efetuar. No decurso das sessões verificámos que cinco participantes tiveram facilidade em *“dar feedback positivo”*, sendo que para outros dois este comportamento não foi tão evidente e careceu de alguma estimulação. Não obstante, cremos que este foi o domínio em que os participantes em geral registaram mais capacidades.

Relativamente ao domínio *“comunicação assertiva”*, todos os participantes revelaram, ao longo das sessões, habilidades desta natureza e foram-nas utilizando com uma agilidade crescente. Contudo, os indicadores definidos - “escutar o outro”; “não interromper o outro” e “explicitação clara” - remetem para competências comunicacionais de base, deixando-nos dúvidas quanto aos desempenhos face a habilidades mais complexas, que obteríamos se obtivéssemos monitorizado, como por exemplo fazer pedidos positivos ou recusar certas situações de modo assertivo.

Quanto ao domínio *“aceitação da responsabilidade da sua recuperação”*, destacamos o facto da maioria dos participantes ter evidenciado “assiduidade” e “pontualidade” em todas as sessões, sendo que nas situações excecionais de ausência, a regra foi a justificação prévia. A única participante que demonstrou dificuldades marcadas foi a participante 4, que apenas esteve presente em duas das nove sessões, e que nem sempre justificou atempadamente as suas ausências. Já no que se refere ao item “colocar questões sobre os temas”, por nós incluído neste domínio, apenas dois participantes o manifestaram com frequência (participante 1 e 3), sendo que a maioria dos elementos do grupo não participou a este nível, com exceção da última sessão. Pelo exposto, pareceu-nos que este o domínio foi o mais deficitário, confirmando-se que, tal como referenciado na literatura, estas pessoas não têm como hábito, ou não se sentem autorizadas, a colocar dúvidas junto dos profissionais de saúde e, de um modo geral, a participar de modo ativo e crítico processo de recuperação.

4.2.2. Evolução dos Diagnósticos de Enfermagem

Relativamente às mudanças ocorridas nas respostas humanas dos clientes ao stresse, que se traduzem na reavaliação dos diagnósticos de enfermagem após as intervenções desenvolvidas, obtivemos os seguintes resultados, resumidos no Quadro 4.

Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem diagnosticados na Avaliação Inicial e na Avaliação Final

Participantes	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
	Juízo	Diagnósticos de Enfermagem	Juízo	Diagnósticos de Enfermagem/Manifestações
1	Grau moderado	Ansiedade Presente manifestada por inquietação e verbalização do próprio, aumento do consumo de cigarros; relacionada com a sua exigência e insegurança no trabalho esporádico “quero entregá-los (trabalhos) e quero entregá-los bem” (SIC).	Grau reduzido	Manifestada por verbalização do próprio, maior controlo no consumo de cigarros relacionada com a sua exigência e insegurança no trabalho.
	Ineficaz	Coping ineficaz , manifestado por estratégias de coping de afastamento, relacionado com incapacidade de estabelecer relações sociais satisfatórias.	Eficaz	Manifestada por Estratégias de coping de procura de suporte social e aceitação da responsabilidade.
	Comprometida	Interação Social Comprometida , manifestada por verbalização do próprio de sentimentos de isolamento social (não tem amigos, não pertence a grupos), relacionado com desconforto em situações sociais.	Presente	Manifestada pelo convívio com outros elementos do grupo de Gestão do Stresse; partilha do seu contacto telefónico com os outros elementos do grupo; marcação de programas sociais subsequentes e ainda pela frequência da Biblioteca de Carcavelos.
2	Comprometida	Interação Social Comprometida , manifestada por isolamento (não tem amigos, não pertence a grupos, perdeu o padrao recentemente), falta de interesse em relacionar-se com outras pessoas, relacionada com uma interação disfuncional com as outras pessoas.	Comprometida	manifestada pela resistência em desenvolver atividades em grupo com os elementos do Grupo de Gestão do Stresse, realizou uma caminhada com um elemento; renitência em fornecer o seu contacto telefónico; resistência em desenvolver outras atividades de forma a alargar a sua rede social, relacionado com uma interação disfuncional com as outras pessoas.
	Ineficaz	Coping ineficaz , manifestado por estratégias de coping de afastamento e verbalização do cliente “lido com a morte de forma fria” ao ser abordado o tema do falecimento do padrao; relacionado com a dificuldade na gestão das emoções.	Ineficaz	manifestado por estratégias de coping de afastamento, n.º de horas de sono maior que o habitual (10 a 12h) e recusa em pensar seriamente sobre a sua situação.

3	Grau moderado	Ansiedade Presente em grau moderado, manifestada por tremores nas mãos e tiques nas pernas, relacionada com o medo da exposição social.	Grau reduzido	Manifestada por tremores nas mãos, menos frequentes, relacionada com medo de exposição social.
	Comprometida	Interação Social Comprometida , manifestada por isolamento (não tem amigos, não pertence a grupos), relação conflituosa com o pai, sentimento de ser rejeitado pela família, relacionado com interação disfuncional com as outras pessoas.	Diminuída	Manifestada por isolamento grande período do dia; faz parte do grupo de convívio com alguns elementos do Grupo de Gestão do Stresse, apresentando-se motivado para se encontrar com os mesmos.
	Ineficaz	Coping ineficaz , manifestado por estratégias de coping de confronto e de afastamento, relacionado com a incapacidade de estabelecer relações sociais de forma satisfatória, nomeadamente com o pai.	Ineficaz	Manifestado por estratégias de coping de afastamento, relacionado com a incapacidade de estabelecer relações sociais de forma satisfatória.
4	Comprometida	Interação Social Comprometida , manifestada por isolamento (não tem amigos, não pertence a grupos), incapacidade para manter relações satisfatórias (nomeadamente com os familiares, sobretudo a mãe), relacionado com a interação disfuncional com as outras pessoas.	Comprometida	Manifestada por isolamento (não tem amigos, não pertence a grupos), incapacidade para manter relações satisfatórias (nomeadamente com os familiares, sobretudo a mãe), relacionado com a interação disfuncional com as outras pessoas.
	Ineficaz	Coping ineficaz , manifestado por estratégias de coping de afastamento (procura incessante de emprego sem estratégia previamente definida) e de confronto (conflitos com familiares), relacionada com a interação disfuncional com a família.	Ineficaz	Manifestado por estratégias de coping de afastamento (procura incessante de emprego sem estratégia previamente definida) e de confronto (conflitos com familiares), relacionada com a interação disfuncional com a família.
5	Comprometida	Interação Social Comprometida , manifestada por isolamento (permanecendo grandes períodos em casa), humor deprimido; ausência de apoio de pessoas significativas, relacionada com a incapacidade em estabelecer relações sociais satisfatórias, nomeadamente com a filha.	Presente	Manifestada por alargamento da sua rede de suporte social, fazendo parte do grupo de convívio com alguns elementos do Grupo de Gestão do Stresse; marcando encontros com outro amigo de infância (humor tendencialmente eutímico).
	Ineficaz	Coping ineficaz , manifestado por estratégias de coping de afastamento, relacionado com o uso inadequado de mecanismos de defesa.	Eficaz	Manifestado por estratégias de coping de procura de suporte social e resolução planeada do problema.

6	Comprometida	Interação Social Comprometida , manifestada por isolamento (permanecendo grandes períodos em casa), tristeza; afeto aborrecido; fraco contacto visual, hostilidade verbal; relacionada com a incapacidade observada e verbalizada para receber ou comunicar uma relação de pertença, de afeto ou de interesse.	Presente	manifestada por interesse em manter encontros com os elementos do Grupo de Gestão do Stresse, definição de momentos para as suas caminhadas ao ar livre (humor eutímico, bom contacto visual).
	Ineficaz	Coping ineficaz , manifestado por estratégias de coping de afastamento, relacionado com a incapacidade em estabelecer relações sociais de forma satisfatória.	Eficaz	Manifestado por estratégias de coping de procura de suporte social e resolução planeada do problema.
7	Ineficaz	Coping ineficaz , manifestado por estratégias de coping de afastamento (faz como se nada tivesse acontecido perante dificuldades no relacionamento com a mãe) e confronto (mostrando raiva aos vizinhos que fumam à janela), relacionado com o desconforto observado e verbalizado em situações sociais.	Ineficaz	Manifestado por estratégias de coping de afastamento, relacionado com a incapacidade no estabelecimento de relações sociais satisfatórias.
	Comprometida	Interação Social Comprometida , manifestada por isolamento (permanecendo grandes períodos em casa, relacionando-se raramente com dois amigos), relacionada com o pensamento delirante de conteúdo persecutório e incapacidade no estabelecimento de relações sociais satisfatórias.	Presente	Manifestada por diminuição do isolamento social, estabelecimento de laços de afinidade com dois dos elementos do grupo de Gestão do Stresse; entusiasmo em manter o relacionamento com os mesmos, sentindo “confiança nas pessoas do grupo” (SIC).
	Grau moderado	Ansiedade presente , em grau moderado manifestada por inquietação e humor lábil; relacionada com o desconforto observado em situações sociais.	Grau reduzido	Manifestada por voz trémula, relacionada com o desconforto observado em situações sociais.

Como verificamos no Quadro acima exposto, o Participante 1 apresentou termo de dois diagnósticos de enfermagem, nomeadamente o *Coping* e a Interação Social. Melhorou significativamente no que respeita a Ansiedade presente, passando para ansiedade em grau reduzido.

O Participante 2 revelou manter os dois diagnósticos de enfermagem (*Coping* e Interação Social), apesar de ter aceitado desenvolver uma atividade ao ar livre (caminhada) com outro elemento do grupo.

Já o Participante 3 revelou manter os três diagnósticos de enfermagem, nomeadamente a Ansiedade; o *Coping* e a Interação Social. Contudo, melhorou

significativamente no que respeita aos diagnósticos Ansiedade presente (apresentando ansiedade em grau reduzido) e Interação Social (Diminuída).

A participante 4 mantém os dois diagnósticos de enfermagem identificados (o *Coping* e a Interação Social). Justifica-se pela sua baixa assiduidade ao Grupo de Gestão do Stresse.

A Participante 5 apresentou termo em ambos os diagnósticos de enfermagem identificados, nomeadamente o *Coping* e a Interação Social.

O Participante 6 apresentou termo em ambos os diagnósticos de enfermagem identificados, nomeadamente o *Coping* e a Interação Social.

Finalmente, o Participante 7 apresentou termo num diagnóstico de enfermagem, a Interação Social. Melhorou significativamente no que respeita a Ansiedade presente, apresentando ansiedade em grau reduzido. Manteve o diagnóstico de enfermagem *Coping* ineficaz.

De forma global, a maioria dos participantes apresentou melhoria significativa, traduzida pelo termo de diagnósticos de enfermagem (em quatro participantes), e/ou melhoria de outros diagnósticos de enfermagem (em cinco participantes).

As estratégias de *coping* ineficazes a que parecem recorrer com frequência as PDMG na gestão dos acontecimentos e transtornos do dia-a-dia stressantes, podem compreender-se enquanto associadas às características da própria doença, mas contribuindo simultaneamente para o seu agravamento. Assim, realçamos a importância do desenvolvimento de IGS, nomeadamente pelo treino de habilidades relevantes para o desenvolvimento de estratégias de adaptação individuais eficazes, contrariando o recurso sistemático às estratégias de afastamento e de confronto.

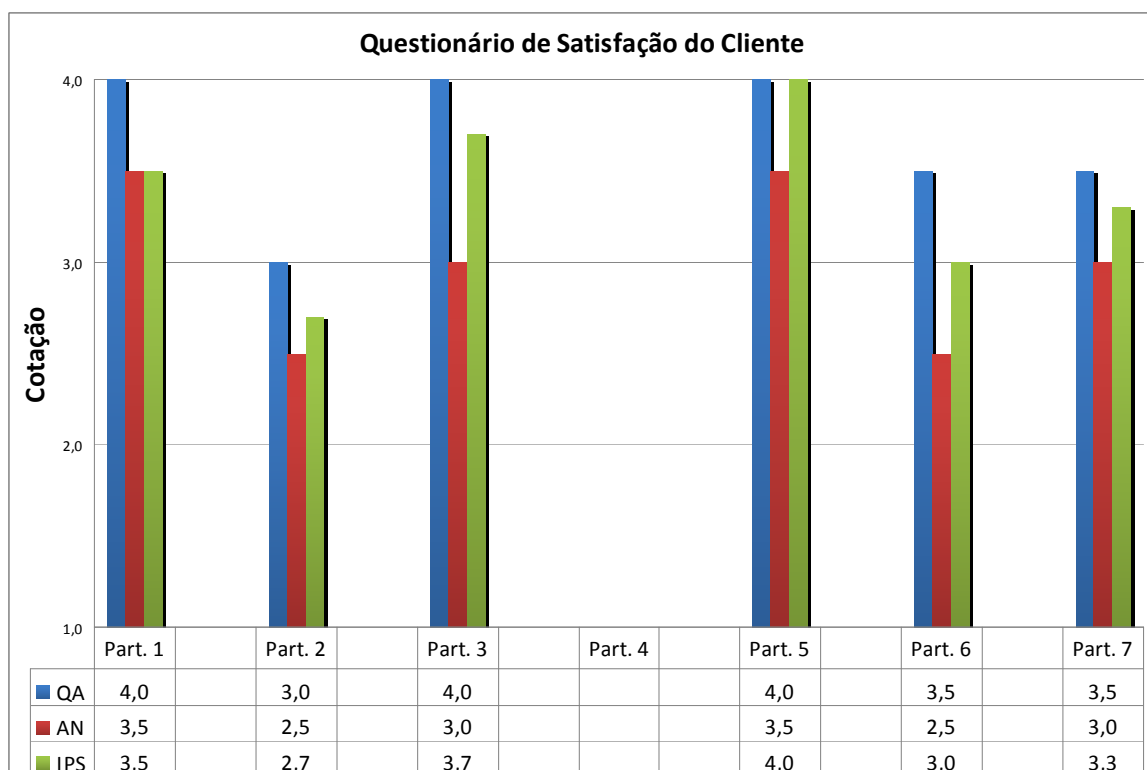
4.2.3. Satisfação dos Participantes

Seguidamente apresentam-se os resultados relativos à satisfação dos participantes quanto ao Programa IGS desenvolvido e, recolhidos pela aplicação do Questionário de Satisfação do Cliente cuja síntese se apresenta no Gráfico 1.

De forma global, os participantes revelaram resultados que apontam para índices elevados de satisfação face às intervenções desenvolvidas. Destacando-se, em particular, a satisfação face à Qualidade do Atendimento, assim como o reconhecimento do Impacto Positivo na sua Saúde. Quanto à Adequação às suas Necessidades, embora as respostas sejam bastante positivas, são aquelas que registam índices mais baixos. Verificámos que a questão “até que ponto o programa satisfaz as suas necessidades?” contribuiu para estes valores. Nas sugestões de melhoria os participantes aconselharam a existência de um maior número de sessões e a realização de pelo menos mais uma sessão ao ar livre.

Estes resultados sugerem-nos que estes participantes sentiram que poderiam beneficiar de mais intervenções (para além das nove desenvolvidas) para satisfazer de modo mais eficaz as suas necessidades de saúde mental ao nível da gestão do stresse ou outras.

Gráfico 1 – Perceção dos participantes quanto à qualidade do atendimento (QA), à adequação às necessidades (AN) e ao impacto positivo na saúde (IPS) das sessões.



4.3. Balanço das Competências Desenvolvidas

As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou doença mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações causam. O Enfermeiro de Saúde Mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2010).

As intervenções desenvolvidas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, permitiram-me adquirir e consolidar competências clínicas específicas, de forma a melhorar o meu desempenho profissional. A prática avançada de Enfermagem de carácter de especialização exige competências adequadas às necessidades em cuidados de Enfermagem de maior complexidade, da Pessoa com *Doença Mental Grave*.

O processo evolutivo de aquisição de competências, por mim desenvolvido ao longo deste percurso, é exposto por Phaneuf (2005) que apresenta competência em enfermagem como um conjunto de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamentos sócio-afectivos que permite exercer um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade, considerando que a competência não é a ação, mas o que a subentende. Assim, a prática é mais do que uma coleção de técnicas, é como um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática (Benner, 2001).

Assim, apresento a descrição das competências comuns e específicas desenvolvidas ao longo deste percurso, no âmbito das Intervenções de Gestão do Stresse na PDMG, tendo por base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2010b) e o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a), pelo seu carácter relevante para a minha prática clínica.

– A competência específica *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (F.1.)*, é central para a prática de enfermagem em saúde mental, e condiciona os resultados esperados, já que interfere na capacidade em estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções terapêuticas; envolvendo diretamente a personalidade do enfermeiro e o conhecimento que ele tem de si próprio, das experiências passadas, das suas expectativas, influências grupais, estado de humor, tendência caracterial, necessidades, atitudes, pré-disposições mentais, estatuto social e profissional, permitindo estabelecer uma relação terapêutica com o cliente; uma parceria com o mesmo e aumentar as estratégias de resolução (Dias, s.d.; OE, 2010b). Assim, desenvolvi uma reflexão na ação e reflexão sobre a reflexão na ação quer tenha sido sobre a minha prestação na Relação Terapêutica com o cliente ou grupo de clientes; quer tenha sido pela realização de intervenções terapêuticas, suportadas na elaboração do

jornal de campo e na Supervisão realizada pelos Enfermeiros Orientadores, identificando “no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais”; gerindo “os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica”; mantendo “o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” e monitorizando as minhas “reações corporais, emocionais e respostas comportamentais” (OE, 2010b), de forma a modificar a minha postura (atitudes e técnicas) e as atividades de planificação das sessões, de forma a melhorar o desenvolvimento das sessões seguintes e a garantir a sua eficácia terapêutica.

– O desenvolvimento da competência específica *“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”* (F.3.), foi focalizada no estabelecimento do diagnóstico de saúde mental da PDMG (F.3.1.), pela identificação dos problemas e necessidades específicas da PDMG (diagnósticos de enfermagem com a aplicação da taxionomia CIPE); pela avaliação do impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; pela identificação das intervenções de enfermagem; pela identificação dos resultados esperados (definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental; identificação, descrição e monitorização dos resultados clínicos individualizados para o cliente, para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental – F.3.2.); realização e implementação do planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo (F.3.3), pelo comprometimento com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra (F.3.3.1.); pelo desenvolvimento, direção e implementação de um programa de cuidados comunitários assertivos e integrados para PDMG (F.3.3.2.); assim como pela negociação do plano de cuidados com o cliente e equipa de saúde, e pela minimização do desenvolvimento de complicações, promoção da funcionalidade e qualidade de vida do cliente, centrando a atenção nas suas respostas a problemas de saúde, reais ou potenciais da PDMG. Foram suportadas na realização da Consulta de Enfermagem e intervenções psico(sócio)terapêuticas de grupo e os instrumentos de apoio realizados subjacentes às mesmas; e ainda na discussão com os Enfermeiros Orientadores e Professora Orientadora.

– A competência específica *“Presta cuidados de âmbito (...) psicoterapêutico e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”* (F.4.), focalizada na promoção da reabilitação psicossocial da PDMG, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social (F.4.3.), pela conceção e desenvolvimento de programa de reabilitação psicossocial para a PDMG, através do Programa de Gestão do Stresse, nas equipas técnicas que integra (F.4.3.1.); pela implementação de intervenções psicossociais estruturadas em grupo (F.4.3.2.). Foi deveras importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente no que se refere às dinâmicas de grupo, porque se pretendia promover a interação social e diminuir o isolamento, assim como experienciar o grupo como um recurso pessoal de desenvolvimento; e à implementação das intervenções de gestão do

stresse, no sentido de promover estratégias de gestão do stresse, nomeadamente quanto à redução da ansiedade e à utilização de estratégias de coping eficazes.

– A competência comum *“baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (D.2.), diz respeito à responsabilização por ser facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D.2.1.), pelo favorecimento da aprendizagem e desenvolvimento de competências dos enfermeiros dos contextos de estágio, através da divulgação do conhecimento científico em enfermagem (Ação Formativa – “Intervenções de Gestão do Stresse na PDMG – Estudo de Caso” e criação de uma pasta com a documentação produzida na temática abordada), e com destaque para o suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (D.2.2.), desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e atuando como dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos clientes (D.2.2.1.).

De acordo com Benner (2001), encontrava-me no nível de Competente face às intervenções de gestão do stresse dirigidas à PDMG. Contudo, com o desenvolvimento de competências específicas e comuns do Enfermeiro EESM, permitiu-me considerar passar para o nível de Proficiente. A Enfermeira Proficiente apresenta uma perceção das situações de forma global, fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes, sendo as suas ações guiadas por máximas que fornecem indícios sobre o que deve ser tomado em consideração.

Assim, considero ter mobilizado na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e demonstrado elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, que se refletem na vivência de experiências gratificantes, quer na relação intrapessoal, quer na relação interpessoal (OE, 2010b).

5. QUESTÕES ÉTICAS

O cliente é um ser único e, como tal, apresenta vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados de enfermagem, podem determinar ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, recebendo cuidados que no momento vão contra o seu desejo, pela aplicação do enquadramento legal específico. Estas particularidades afetam a natureza da relação enfermeiro-cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser objeto de reflexão (OE, 2010b).

A Enfermagem enquanto profissão que se autorregula, define quer no Código Deontológico, quer no REPE os princípios éticos e deontológicos a cumprir na prática clínica.

Assim, segundo o artigo 80º, o Enfermeiro tem o “dever para com a comunidade”, sendo responsável na promoção da saúde e resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, sendo responsável pelo conhecimento das necessidades da população e da comunidade em que está inserido, assim como participar na orientação da comunidade para os problemas de saúde detetados (CDE, art.º 80º). A conceção, implementação e avaliação do programa terapêutico “Grupo de Gestão do Stresse” procurou responder ao acima mencionado, pois após o levantamento de necessidades de cuidados à população assistida na Equipa Comunitária da Parede, delinee intervenções com vista à resolução dos problemas das pessoas que integraram o Programa.

O princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (CDE, art.º 78º, ponto 1) é garantido pelo dever de “respeitar, defender a promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (CDE, art.º 84º, alínea b). Para além disso, o Enfermeiro deve ter sempre em conta o dever de sigilo (CDE, art.º 84º), considerando confidencial toda a informação relativa ao cliente, qualquer que seja a fonte (alínea a); partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (alínea b) e manter o anonimato do cliente sempre que o seu caso for utilizado em situações de ensino, investigação ou controle de qualidade de cuidados (alínea d).

A qualidade dos procedimentos procurou estar contemplada em cada etapa ao longo deste percurso, desde a pertinência da temática central, a informação dada aos participantes, a obtenção do seu consentimento voluntário e fundamentado, assim como a validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento.

Ainda que não considere o Programa de Gestão do Stresse com um cariz de investigação, regi-me pelas orientações delineadas pelo CDE e pelo Internacional Council of Nurses que contempla seis princípios éticos que tive em consideração durante este percurso (Nunes, sd):

- Beneficência/Benevolência: procurei fazer o bem e evitar o mal para os participantes; ajudando-o a obter algum benefício com as intervenções;
- Não-maleficência: procurei não causar mal ou dano ao cliente; distribuir benefícios da benevolência entre as pessoas;

- Fidelidade: procurei estabelecer uma relação de confiança; com o compromisso de ser fiel no relacionamento com o outro;
- Justiça: procurei a equidade e a justiça; igualdade de tratamento entre iguais e tratamento diferenciado entre desiguais, de acordo com a necessidade individual;
- Veracidade: procurei informar através da entrevista individual, sobre os riscos e benefícios da participação no Programa Terapêutico, assegurando que a informação era compreendida para um consentimento livre e esclarecido;
- Confidencialidade: procurei manter sob sigilo a informação de carácter pessoal obtida durante as intervenções, assim como relembrar aos participantes ao longo das sessões o carácter confidencial das informações pessoais partilhadas.
- Autonomia: procurei a liberdade individual a cada um de determinar suas próprias ações, de acordo com sua escolha; reconhecer sua competência para tomar decisões por parte dos profissionais; decisões tomadas de acordo com valores e convicções pessoais.

Assim, considero que as questões éticas que se colocaram ao longo deste Estágio foram devidamente tidas em conta no meu processo de cuidar e de aprendizagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido por mim ao longo do estágio foi vivido com grande intensidade, associado a um enorme empenho e utilidade na área de interesse e aprendizagem nos domínios pessoal e profissional. As reflexões sustentadas nas boas práticas e na produção de conhecimentos visaram a melhoria contínua dos cuidados através do desenvolvimento de competências na Área da Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiatria.

A evidência científica comprova que as intervenções sistematizadas contribuem para melhores resultados de saúde dos clientes, para uma melhor qualidade dos cuidados e para uma maior satisfação dos enfermeiros (Mullen, 2009), confirmados ao longo deste percurso através das verbalizações dos participantes e dos sentimentos vivenciados por mim. Neste estágio desenvolvido pretendeu-se criar intervenções sistematizadas que visavam responder às necessidades da PDMG, suportadas por vários instrumentos, como o registo de planificação da sessão; o registo de avaliação da sessão; pela supervisão dos enfermeiros orientadores, e pela satisfação dos participantes.

A elaboração de um documento de intervenções estruturadas, que foi disponibilizado às equipas de enfermagem nos respetivos contextos, contribui para o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

Como limitação encontrada neste trabalho considero que a avaliação dos resultados obtidos, assim como o espaço temporal não permitiram elaborar uma avaliação longitudinal no sentido de verificar se os ganhos em saúde perduraram no tempo.

Tendo em conta a finalidade deste estágio, conceber, desenvolver e avaliar intervenções de gestão do stresse da PDMG, e considerados os ganhos em saúde adquiridos pelos participantes, os objetivos foram alcançados, visto que o plano de intervenções foi concretizado e os resultados vão ao encontro ao que emerge da evidência científica.

Assim, torna-se essencial conhecer os acontecimentos e transtornos do dia-a-dia stressantes; e compreender os mecanismos de *coping* utilizados, nomeadamente de quais os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade ao stresse da PDMG; assim como promover o desenvolvimento dos seus recursos internos e externos na consecução dos seus objetivos de vida. Este conhecimento poderá ser útil no desenvolvimento de políticas de saúde eficazes na PSM e na PDM, com vista à redução dos custos dos serviços de saúde e promoção de saúde da PDMG.

Considero fulcral o desenvolvimento de mais estudos acerca de intervenções de gestão do stresse das PDMG, quer se encontrem em fase aguda da doença, quer seja em fase estável, contribuindo assim para incrementar as estratégias de *coping* eficazes; para aumentar a interação social; e para diminuir a ansiedade.

Tenho a ambição continuar a desenvolver de futuramente este tipo de intervenções no contexto de trabalho; assim como a realização de estudos de investigação com maior espaço temporal e com o envolvimento de mais Pessoas com Doença Mental Grave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A.P. (2008). *A importância na vulnerabilidade ao stress no desencadear de doença física e mental perante circunstâncias de vida adversas*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Azevedo, M. (2004). *Teses, Relatórios e Trabalhos escolares: Sugestões para estruturação da escrita (7ª ed.)*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Bahls, S.C & Zacar, F.M.H. (2006). As Intervenções Psicossociais no Tratamento da Esquizofrenia. RUBS, (2), 24-33.
- Banazol, A.; Garrett, F.; Landeiro, I.; Andrade, S. & Portugal, S. (s.d.). *Cuidar e Integrar em Saúde Mental Comunitária*, s.n., 13.
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto. Porto Editora.
- Beebe, L. (2007). Beyond the Prescription Pad. Psychosocial Treatments for Individuals with Schizophrenia. Journal of Psychosocial Nursing. 3, 35-43.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bulechek, G.; Butcher, H. & Dochterman, J. (2010). *NIC. Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Coelho, C. & Palha, A. (2006). *Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Campos, L. (2009). *Doença mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (Vol. 1)*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção (Vol. 2)*. Loures: Lusodidacta.
- Charnbon, O. (1992). Questionnaire de satisfaction du cliente. CSQ-8, Tradução de C. Attkisson, 1979. Recuperado em 2011, Dezembro 14, de: <http://www.espace-socrate.com/>
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. União Europeia. Bruxelas.

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Manual de Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave. "Proform" Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária. Manual de Trabalho. Versão 1.2
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). Documento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária. Recuperado em 2011, Junho 5, de: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2009/07/consenso-curia-2009-vfinal.pdf>
- Corey, G. (2000). Theory and practice of group counseling (5th Edition). London: Brooks/Cole.
- Dalery, J. & D'Amato, T. (2001). A Esquizofrenia – Investigações Actuais e Perspectivas. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dalum, H., Korsbek, L., Mikkelsen, J., Thomsen, K., Kistrup, K., Olander, M., Hansen, J., Norderntoft, M. & Eplov, F. (2011). Illness management and recovery in Danish community mental health centers. *Trials*, 12, 1-9.
- D'Amours, G., Poissant, J., Desjardins, N., Laverdure, J. & Massé, R. (2008). Un modèle pour orienter les actions de promotion de la santé mentale et de prévention de troubles mentaux. *Promotion & Education*, 54-49. Recuperado em 2011, Maio 16, de http://ped.sagepub.com/content/15/1_suppl/54.full.pdf
- Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro (2010). Diário da República, 1ª Série, nº 19, 28/01/2010, 257-263. Recuperado em 2011, Junho 5, de: <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/01/01900/0025700263.pdf>
- Dias, M. F. (s.d.). A Relação Enfermeiro/Doente em Âmbito Psiquiátrico e Não Psiquiátrico. *Revista Servir*, 286-293.
- Direcção-Geral de Saúde. (2007). Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Acção 2007-2016. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.
- Dixon, L., Perkins, D. & Calmes, C. (2009). Guideline Watch (September 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. *APA Practice Guidelines*. 1-10.
- Favrod, J. & Scheder, D. (2004). Se rétablir de la schizophrénie: un modela d'intervention. *Revue médicale de la Suisse romande*. 124, 2005-208.
- Ferreira, C.; Mendes, A.; Massano, M.T. & Dias, F.N. (2010). Humor e Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 19-23.
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde. Lisboa: Climepsi Editores.

- Guimón, J. (2002). Introdução às Terapias de Grupo - Teorias, Técnicas e Programas. Lisboa: Climepsi Editores.
- Henry, L., Edwards, J., Jackson, H., Hulbert, C. & McGorry, P. (2002). Cognitively Oriented Psychotherapy for First-episode Psychosis (COPE). A Practitioner's Manual. Melbourne: EPPIC.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E. (2009). Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- José, H. (2005). Humor: Que Papel na Saúde? Programa de Doutoramento em Enfermagem. Revisão Sistemática da Literatura. Universidade de Lisboa.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). La pensée Infirmière. Conceptions et Stratégies. Québec: Éditions Études Vivantes.
- Landeiro, I. (2011). Ser + Saudável". Contribuir para o Auto Cuidado das Pessoas com Doença Mental Grave através da Implementação de um Programa de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis. Tese de Mestrado inédita, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.
- Lecomte, Y. & Mercier, C. (2005). The stress process perspective and adaptation of people with schizophrenia. An exploratory study. Soc Psychiatr Epidemiol, 40, 139-148.
- Levinson (1974, 1978). Desenvolvimento ao longo da idade adulta. Recuperado em 2012, Março 20, de: <http://psicopedia.webnode.pt/products/desenvolvimento-ao-longo-da-idade-adulta/>
- Liberman, R., Eckman, T. & Marder, S. (2001). Training in Social Problem Solving Among Persons With Schizophrenia. Psychiatric Services, 1, 31-33.
- Lopes, M. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.
- Manes, S. (2001). 83 Jogos Psicológicos para Dinâmicas de grupos. São Paulo: Paulus.
- Marques, A., Queirós, C. & Rocha, N. (2007). Programa de desenvolvimento de estratégias de auto-controlo e gestão do stress em pessoas com Esquizofrenia. Saúde Mental, IX (2) 12-24.
- Martins, M. (s.d.). Factores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. Educação, Ciência e Tecnologia, 255-268.

- Mueser, K., Meyer, P., Penn, D., Clancy, R. & Salyers, M. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, S1, S.32-S43.
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 83-90.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5^a ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- National Institute for Clinical Excellence (2009). Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 82. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Clinical Excellence (2002). *Treating and managing schizophrenia (core interventions)*. London.
- Nunes, L. (s.d.). *Ética na Investigação em Enfermagem*. Recuperado em 2012, Janeiro 3, de: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/eticanainvestigacaoemenfermagem.pdf
- O'Donovan, A., & O'Mahony, J. (2009). Service users' experience of a therapeutic group programme in an acute psychiatric inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 523-530.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.^a série, N.º 35, 18/02/2011. 8648-8653. Recuperado em 2011, Maio 5, de: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2.^a série, N.º 35, 18/02/2011, 8669-8673. Recuperado em 2011, Maio 5, de: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866908673.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*.

- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*. Lisboa, 2-3, 333-339.
- Ornelas, J. (1996). Suporte Social e Doença Mental. *Análise Psicológica*. Lisboa, 2-3, 263-268.
- Payne, R. (2003). Técnicas de Relaxamento. Um Guia Prático para Profissionais de Saúde (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2009). Psychoeducation for Schizophrenia. *Intervention Review*. Wiley. 1-70.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- REPE, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*. 3 (XVII), 547-558.
- Ribeiro, J. & Marques, T. (2009). A Avaliação do Stresse: A Propósito de um Estudo de Adaptação da Escala de Percepção de Stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 237-248.
- Robilotta, S., Cueto, E. & Yanos, P. (2010). An Examination of Stress and Coping among Adults Diagnosed with Severe Mental Illness. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 3, 222-231.
- Royal College of Nursing (2003). Defining Nursing. Recuperado em 2012, Janeiro 20, de: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf.../001983.pdf
- Sá, L. (2010). Saúde Mental versus Doença Mental. Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM.
- Salgado, D., Rocha, N. & Marques, A. (2008). Impacto do Coping Proactivo, do Distress Emocional e da Auto-estima na Funcionalidade e Qualidade de Vida de Pessoas com Esquizofrenia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 143-154.
- Savóia, M.J. (1995). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*. Recuperado em 2011, Setembro 30, de: <http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo%2857%29.htm>
- Savóia, M.J.; Santana, P.R. & Mejias, N.P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Psicologia USP*, 1/2, 183-201.

- Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra: Quarteto.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001). Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática. (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Maurissen, K., Raepsaet, J., Deckx, S., Remans, S. & Probst, M. (2011). Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 25 (6). 567-575.
- Vaz-Serra, A. (2007). O Stress na vida de todos os dias. (3ª ed.). Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra.
- Toletti, G. (2011). Contributo dos enfermeiros na implementação de intervenções psicossociais (IPS) dirigidas a pessoas com doença mental grave. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 7-15.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Loures: Lusociência.
- Vieira, M. (2009). Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Xia, I. & Li, C. (2011). Problem Solving Skills for Schizophrenia (Review). The Cochrane Collaboration.

ANEXOS

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Escala de Ansiedade de Zung

ANEXO 2 - Registo de Planificação da Sessão

ANEXO 3 - Registo de Avaliação da Sessão

ANEXO 4 - Estudo de Caso segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman – CPI

ANEXO 5 - Ação de Formação dirigida à Equipa de Enfermagem da CPI

ANEXO 6 - Diário de Campo CPI

ANEXO 7 - Estudo de Caso segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman - ECP

ANEXO 8 - Diário de Campo ECP

ANEXO 9 - Grelha de Indicadores de Processo

ANEXO 10 - Acontecimentos de Vida e Transtornos do Dia-a-dia Stressantes

ANEXO 11 - Escala de Perceção do Stresse

ANEXO 12 - Mecanismos de Adaptação Individuais

ANEXO 13 - Questionário de Satisfação do Cliente

ANEXO 14 - Planificação das Intervenções

ANEXO 1

Escala de Ansiedade de Zung

Escala de Ansiedade de Zung

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (X), no quadrado respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente actualmente.

	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso do que o costume				
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso				
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico				
4. Sinto-me como se estivesse para "rebentar"				
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal me acontecerá				
6. Sinto os braços e as pernas a tremer				
7. Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas que me incomodam				
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado				
9. Sinto-me calmo e com facilidade posso-me sentar e ficar sossegado				
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais				
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam				
12. Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar				
13. Posso inspirar e expirar com facilidade				
14. Sinto os dedos das mãos e dos pés entorpecidos e com picadas				
15. Costumo ter dores de estômago ou má digestões				
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência				
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes				
18. A minha face costuma ficar quente e corada				
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite				
20. Tenho pesadelos				

ANEXO 2

Registo de planificação da sessão

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Tema:

Objetivo Geral:

População-Alvo:

Critérios de Inclusão:

Critérios de Exclusão:

Local:

Data: Duração:

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação					
Desenvolvimento					
Conclusão					

ANEXO 3

Registo de avaliação da sessão

Registo de Avaliação da Intervenção

Tema:

Objetivo Geral:

Data:

Participantes	Motivação Participação	Atenção Concentração	Comportamento	Interação Relação	Satisfação	Observações

Legenda:

Motivação/Participação	Atenção/Concentração	Comportamento	Interação/Relação	Satisfação
1-Recusou integrar o grupo, sem motivação 2-Necessitou de estimulação 3-Participou espontaneamente com motivação	1-Não apresenta 2-Com algumas baixas ao longo da atividade 3-Em toda a atividade	1-Agitado/inquieto 2-Lentificado 3-Desorganizado 4-Adequado	1-Não interage 2-Interage só quando estimulado 3-Interage de forma espontânea	1-Não apresentou 2-Demonstrou sinais de satisfação ocasionalmente 3-Demonstrou satisfação em toda a atividade

ANEXO 4

Estudo de Caso segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman – CP I



2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio ESMP

Clínica Psiquiátrica I

ESTUDO DE CASO

- Intervenções de Gestão do Stresse na Pessoa com Doença
Mental Grave -

Discente:

Marta Gaspar, n.º 3618

Lisboa

2011



2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio ESMP

Clínica Psiquiátrica I

ESTUDO DE CASO

- Intervenções de Gestão do Stresse na Pessoa com Doença
Mental Grave -

Discente:

Marta Gaspar, n.º 3618

Lisboa

2011

“Tudo cai! Tudo tomba! Derrocada
Pavorosa! Não sei onde era dantes.
Meu solar, meus palácios, meus mirantes!
Não sei de nada, Deus, não sei de nada!...

Passa em tropel febril a cavalgada
Das paixões e loucuras triunfantes!
Rasgam-se as sedas, quebram-se os diamantes!
Não tenho nada, Deus, não tenho nada!...

Pesadelos de insônia, ébrios de anseio!
Loucura a esboçar-se, a enegrecer
Cada vez mais as trevas do meu seio!

Ó pavoroso mal de ser sozinha!
Ó pavoroso e atroz mal de trazer
Tantas almas a rir dentro da minha!”

Florbela Espanca

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO

QUADRO DE REFERÊNCIA

1.1. Doença Bipolar

1.2. Modelo Teórico de Betty Neuman

1.3. Vulnerabilidade ao Stresse da Pessoa com Doença Mental Grave e o Cuidado de Enfermagem

PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1. Colheita de dados

2.2. Percepção da doente e enfermeira

2.3. Recursos Pessoais

2.4. Fatores de Stresse

2.5. Factores Protetores

2.6. Genograma

2.7. Ecomapa

2.8. Plano de Cuidados

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

APÊNDICES

LISTA DE SIGLAS

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças, versão 10

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DB – Doença Bipolar

DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, versão 4

ISBN – Internacional Standart Book Number

SAPE – Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem

SIC – Segundo Informação Colhida

UC – Unidade Curricular

UCCPO – Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas

0. INTRODUÇÃO

Este estudo de caso é realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inserido no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A pessoa por mim seleccionada, denominada por mim por H.F. encontrou-se em tratamento na Clínica Psiquiátrica I (serviço de internamento de agudos) do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, desde o dia 20 de Outubro a 10 de Novembro de 2011, com o diagnóstico de Doença Bipolar I.

A minha escolha prendeu-se com o facto de ser uma Pessoa com Doença Mental Grave (PDMG), com 15 internamentos prévios, com a presença de factores stressores e com o diagnóstico de enfermagem estratégias de *coping* não eficazes, que, através da realização de intervenções psico(sócio)terapêuticas, focalizadas no desenvolvimento de estratégias de *coping* e da gestão de stresse da PDMG, havendo assim potencial para proporcionar à mesma o reforço das linhas de defesa, com o intuito de diminuir o impacto do stresse e prevenir recaídas.

Os dados colhidos e as intervenções realizadas decorreram durante o período de estágio, desde 20 de Outubro a 10 de Novembro, data da sua alta.

Os objetivos deste estudo de caso são: adquirir e consolidar conhecimentos teóricos acerca da problemática apresentada; através da avaliação diagnóstica e das intervenções desenvolvidas, na perspetiva do Modelo de Sistemas de Betty Neuman; realizar o processo de Enfermagem com base na linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem); assim como refletir sobre as competências especializadas desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

A metodologia utilizada para tal foi fundamentalmente descritiva e reflexiva, com base na leitura e análise de literatura respeitante à problemática apresentada; na realização de entrevistas de enfermagem, na consulta do processo clínica da doente, assim como na realização de intervenções psicoterapêuticas e educativas e respetiva análise conjunta com o Enfermeiro Orientador do local de estágio e professora Orientadora.

Este trabalho é constituído por quatro partes. A primeira parte consiste no enquadramento teórico, em que faço uma revisão teórica da Doença Bipolar, assim como o Modelo Teórico de Enfermagem que serviu como base do estudo de caso. Na segunda parte, respeitante ao processo de enfermagem, descrevo a identificação, história de vida, história familiar e história de doença da doente; assim como os fatores stressores e protetores da mesma e ainda a perceção que a mesma tem sobre a sua situação, e ainda o respetivo plano de cuidados (diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e avaliação), utilizando a linguagem CIPE.

No terceiro capítulo descrevo as considerações finais, onde contemplo as aprendizagens mais relevantes e o contributo da minha intervenção enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Mental. E finalmente, no quarto capítulo, enumero as referências bibliográficas que utilizei e que foram preciosas para a realização deste trabalho.

1. QUADRO DE REFERÊNCIA

1.1. Doença Bipolar

A Doença Bipolar (DB) é uma doença psiquiátrica caracterizada por oscilações anormais e intensas de humor. Se a pessoa apresenta humor muito elevado, apresentará episódios de mania ou hipomania se estes forem de menor intensidade. Se a pessoa apresenta episódios de humor deprimido, apresentará episódios de depressão. Poderá ainda ocorrer um episódio misto se a pessoa apresentar sintomas simultaneamente entre a mania e a depressão. Os diferentes tipos de episódios podem ocorrer uns a seguir aos outros ou alternando com períodos eutímicos (Igoa, et al., sd; Townsend, 2011).

Um **episódio maníaco** caracteriza-se por sintomas como a euforia; a irritabilidade; sentimentos de grandeza; redução das necessidades de sono; verborreia (falar mais que o habitual, com aumento ou não no tom de voz e velocidade na fala); sensação de que os pensamentos estão correndo (taquipsiquia); desconcentração e inatenção; aumento da actividade, participação em múltiplas actividades, no extremo poderá ocorrer hiperactividade; aumento da sociabilidade, frequentemente com aumento das fantasias e desejos sexuais; procura excessiva de actividades prazerosas (muitas vezes acompanhadas de expansividade, grandiosidade e optimismo, ocorrência de compras excessivas, conduzir de forma imprudente, ter relações sexuais promíscuas com desconhecidos; mudança de visual, com utilização de vestuário extravagante ou provocantes); presença de sintomas psicóticos (delírios ou alucinações) (Igoa, et al., sd; Townsend, 2011).

Um **episódio hipomaníaco** caracteriza-se por sintomas semelhantes aos da mania, apenas com menor intensidade, à excepção de que nesta situação a pessoa nunca apresenta sintomas psicóticos, não sendo necessária a hospitalização. No entanto, o problema é que este estado não é estável, tendendo a evoluir para um maníaco, depressivo ou misto (Igoa, et al., sd; Townsend, 2011).

Um **episódio depressivo** é caracterizado por sintomas como o humor deprimido, acompanhado muitas vezes por angústia e choro; incapacidade para sentir prazer (anedonia); distúrbios do sono (aumento ou diminuição do n.º horas de sono ou sono menos profundo, com sensação de cansaço); variações de peso (aumento ou perda de peso, acompanhado por mudanças no apetite); cansaço e falta de energia; baixa auto-estima; falta de concentração; pensamentos de morte, juntamente com ideias de culpa e desesperança; sintomas psicóticos, semelhantes aos episódios maníacos, que podem acompanhar-se de delírios e alucinações (Igoa, et al., sd; Townsend, 2011).

Um **episódio misto** é caracterizado por uma mistura de sintomas maníacos com sintomas depressivos. Como por exemplo, a hiperactividade com pensamentos depressivos e ideias negativas. A irritabilidade e ansiedade também são manifestações comuns destes episódios. Os episódios mistos podem ocorrer isoladamente ou como uma transição entre a depressão e mania ou vice-versa, sendo particularmente difíceis de diagnosticar e os sintomas mais característicos são: mau humor e irritabilidade; pensamento acelerado; agitação; hostilidade; distúrbios do sono; mudanças rápidas de humor (labilidade emocional); comportamento descontrolado; delírios; ideias negativas e alucinações.

Existem **três tipos de Doença Bipolar**, em função do tipo de episódios que ocorrem:

Tipo I: conhecido como a forma clássica e caracterizada por episódios maníacos graves que por vezes requerem hospitalização. Frequentemente surgem delírios e alucinações e quando a pessoa recupera parece inacreditável ter pensado nessas coisas. Estas fases podem ser seguidas imediatamente ou após um tempo por um episódio misto ou depressivo (Igoa, et al., sd; Townsend, 2011).

Tipo II: apresenta episódios recorrentes de depressão major, com a ocorrência episódica de hipomania (Townsend, 2011).

- **Ciclotimia:** caracterizada por uma sucessão de episódios hipomaníacos e fases depressivas de pouca intensidade, que a distingue da Doença Bipolar tipo II. Geralmente, é percebida pelos outros como uma pessoa de carácter instável, que varia constantemente entre um estado e outro (Igoa, et al., sd; Townsend, 2011).

Vários autores acreditam que a DB consiste numa alteração dos mecanismos biológicos que regulam o humor. Sabe-se que há uma predisposição hereditária, ou seja, a presença destes genes aumentam o risco de DB. Isto explica o padrão familiar da apresentação da doença, em que a maioria das pessoas com DB têm antecedentes familiares da doença. Se o pai ou a mãe tiverem a DB aumenta em mais de dez vezes o risco dos filhos virem a desenvolver a doença. A pessoa com estes antecedentes tem um risco de 15 a 20% de vir a desenvolver a doença, enquanto a população em geral tem uma probabilidade de 2% (Igoa, et al., sd).

É importante lembrar que os genes determinam uma predisposição hereditária sobre os fatores ambientais, interagindo que podem desencadear episódios. Os fatores ambientais incluem: álcool e drogas; algumas alterações hormonais; alguns medicamentos; fatores meteorológicos, como as mudanças sazonais. Outros fatores causais dizem respeito aos acontecimentos stressantes, como a perda de vínculos (perda na vida adulta, real ou imaginária, de uma pessoa); os acontecimentos específicos na vida de uma pessoa (acontecimentos sociais desagradáveis, alteração no padrão de vida); alteração ou rutura de papéis (sociais, profissionais e familiares), alterações fisiológicas (como resposta ao consumo de substâncias químicas, ou simplesmente como resposta a uma doença física). Muitos autores concordam que não existe uma causa única. (Igoa, et al., sd; Neeb, 2000).

Considera-se que a DB afecta 1% da população em geral, embora muitos psiquiatras defendam que ascende a 5%. É uma doença ligeiramente mais comum na mulher que no homem. A idade em que se desenvolve o episódio maníaco, hipomaníaco, depressivo ou misto surge entre os 20 e 35 anos. No entanto, estes sintomas começam a surgir de forma subtil na adolescência, não diagnosticada pela instabilidade emocional caracterizada por esta fase. O primeiro episódio é mais comum no homem é maníaco, ao contrário da mulher que é depressivo. A ocorrência de vários episódios depressivos antes de desenvolver o primeiro episódio maníaco pode levar a erros involuntários do diagnóstico (Igoa, et al., sd).

O padrão típico da evolução da doença caracteriza-se pelo aparecimento de episódios maníacos, hipomaníacos, depressivos ou mistos ao longo da vida. A frequência de recidivas, ou seja, o surgimento de um novo episódio é muito variável. Nos casos mais graves, pode ser apresentado mais de quatro episódios por ano, o que é chamado de ciclo rápido. Nalgumas pessoas as recidivas tendem a ocorrer na mesma época do ano. Este padrão sazonal pode estar associado com a duração e luz do dia. Vários estudos têm demonstrado que em muitos casos podem-se identificar os primeiros sintomas de recaída, 2-4 semanas antes da mesma ocorrer. É muito importante que a pessoa aprenda a reconhecê-los, como o tratamento precoce pode

impedir progressão para um episódio completo. Entre os episódios, a maioria das pessoas são livres de sintomas, ou seja, apresentam períodos de remissão ou eutímicos. No entanto, outras podem apresentar sintomas residuais que são manifestações isoladas e menos intensas (ex: dificuldades no sono, cansaço ao realizar as atividades normais; raiva frequente) (Igoa, et al., sd).

A maioria das pessoas com a doença bipolar pode viver saudável e produtiva quando faz um tratamento adequado. Sem tratamento, a evolução da doença é quase sempre negativa, com recaídas cada vez mais frequentes e graves, levando a graves consequências familiares, laborais e sociais. O tratamento é crucial para evitar tais consequências (Igoa, et al., sd).

São variadas as consequências da doença. Uma complicação grave e frequente é o abuso de álcool e drogas, seja por causa da euforia, na busca de novas sensações; seja na automedicação para aliviar os sintomas depressivos. A falta de conhecimento da doença por parte dos familiares pode gerar sérias dificuldades. Por um lado, certas características da mania ou hipomania, como a irritabilidade, gastos excessivos, sexo promíscuo e depressão como o desinteresse, pessimismo, falta de vontade, pode ser interpretado como resultado de comportamentos voluntários e ocasionar rupturas amorosas e má relação pai/filho. Por outro lado, poderá ocorrer a superproteção da família, temendo um novo episódio, com a limitação da autonomia e capacidade funcional da pessoa doente. Ocorrem ainda problemas laborais e financeiros, como os gastos excessivos; enveredar por projetos sem medir as consequências (no caso da euforia); a diminuição da produtividade; absentismo laboral; perda de emprego (no caso da depressão). A consequência mais grave é, sem dúvida, o suicídio. Cerca de 15% das pessoas com DB morrem por suicídio. Normalmente ocorre no decurso de um episódio depressivo. É muito difícil que uma pessoa neste estado possa entender que o que se passa consigo é consequência da doença e que, com o tratamento correto, em poucas semanas deixará de desejar a morte. Os autores acreditam que haverá um dia em que se poderá falar tão naturalmente da DB como de outras doenças crônicas, como artrite ou diabetes (Igoa, et al., sd).

Para o tratamento da Doença Bipolar existem várias opções, de forma a responder às necessidades da pessoa. São elas: o tratamento farmacológico; o tratamento endócrino; o tratamento psicoterapêutico e psicoeducativo, entre outros (usados em complementaridade com o tratamento farmacológico).

- Tratamento Farmacológico:

A Doença Bipolar é, provavelmente, a doença psiquiátrica que tem mais recursos para o tratamento. O tratamento farmacológico é essencial para alcançar o controlo adequado da doença. Existem medicamentos eficazes para reverter qualquer tipo de episódio e para diminuir a frequência e/ou intensidade de novos episódios. O tratamento da DB pode ser dividido em a) fase aguda, que visa inverter o episódio; e b) fase de manutenção, feito depois de ter apresentado o episódio, que visa reduzir a frequência e/ou intensidade das recaídas. O tratamento é destinado a que as pessoas afetadas possam passar a maior parte do tempo eutímicas e, deste modo, permitir que levem uma vida como a de qualquer outra pessoa. Os fármacos mais utilizados para a DB são os estabilizadores de humor (ex.: Lítio; Ácido Valpróico; Carbamazepina). São utilizados também anticonvulsivantes (ex.: Oxcarbazepina; Topiramato), sendo estudados como estabilizadores de humor; antipsicóticos atípicos (ex.: Clozapina; Olanzapina; Risperidona; Quetiapina; Ziprasidona); antidepressivos. Quando pessoas com DB,

medicadas com antidepressivos é importante ter em conta que apresentam risco de ter uma viragem de humor (*switch*). Este risco diminui se a pessoa se encontra simultaneamente medicada com estabilizador de humor. Os antidepressivos com menor risco de *switch* são: Bupropion, Venlafaxina e Paroxetina. São utilizados ainda no tratamento da insónia as Benzodiazepinas (ex.: Clonazepam; Lorazepam).

Em alguns casos, os efeitos secundários da medicação são temporários, outros poderão ter que exigir uma alteração na dosagem ou medicação.

- **Psicoterapia:**

Muitas pessoas beneficiam de um apoio psicológico, permite-lhes gerir melhor as situações de stresse e enfrentamento das consequências da doença.

Em alguns casos, terapia familiar é uma estratégia útil para resolver problemas relacionais que podem ter alguma relação com a doença.

- **Psicoeducação:**

Visa informar a pessoa com doença bipolar sobre a doença e seu tratamento, assim como ensinar a reconhecer os sinais de recaída para permitir o tratamento precoce e evitar progressão do episódio. É útil também o envolvimento da família e amigos. A informação pode ser fornecida através de material de leitura, cinema, entre outros. Às vezes, essas atividades são grupais.

- **Tratamento endócrino:**

É comum a pessoa com doença bipolar ter um funcionamento anormal da glândula tiroide. Os aumentos ou diminuições de hormonas da tiroide pode provocar alterações no humor e predispõe a desenvolver um padrão de *switch*. Além disso, em alguns tratamentos de lítio podem causar diminuição dos níveis da hormona da tiroide. Em ambos os casos é necessário realizar uma consulta com um endocrinologista para avaliar a necessidade de tratamento. Também frequentemente é recomendada assistência nutricional para gerir ganho de peso que a medicação pode provocar.

- **Hospitalização:**

Em alguns casos, a pessoa com DB pode necessitar de hospitalização, especialmente quando a sua vida está em risco. Isso pode acontecer quando a pessoa tem pensamentos suicidas durante um episódio depressivo, ou tem comportamentos de risco num episódio maníaco. A hospitalização está também indicada quando há risco do cliente prejudicar outras pessoas, podendo apresentar sintomas psicóticos ou não cumpre o tratamento, condições que levam a crises graves.

1.2. Modelo Teórico de Betty Neuman

Em 1970, desenvolveu o seu Modelo de Sistemas em resposta à solicitação por parte dos alunos do curso de Graduação, na Universidade da Califórnia. O modelo surgiu no sentido de proporcionar uma visão holística do ser humano nas vertentes fisiológica, psicológica, sociocultural e de desenvolvimento.

Foi publicado pela primeira vez em 1972, na revista Nursing Research intitulado:

“A model for teaching total person Approach to Patient Problems”.

Publicou três edições do The Neuman Systems Model em 1982, 1989 e 1995.

Segundo GEORGE (1993, p.228), NEUMAN (...) “descreve o seu modelo como abrangente e dinâmico. O modelo é uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham *em constante interação com estressores ambientais*. Basicamente, o Modelo focaliza a reacção do cliente ao stress e os fatores de reconstituição ou adaptação. É considerado um modelo adequado, tanto para a Enfermagem quanto para todas as profissões de cuidados à saúde (...).

Teorias Orientadoras

“Todos os modelos, em qualquer disciplina, têm a sua origem em teorias e conceitos” (PEARSON e VAUGHAN, 1986, p. 28).

NEUMAN, ao desenvolver o seu Modelo de Sistemas, não pretendeu fazê-lo especificamente para a Enfermagem, mas numa perspectiva global de utilização por diferentes profissionais da saúde. Não tendo realizado nenhum trabalho de investigação que suportasse a criação do seu modelo, esta apoiou-se em sólidas teorias científicas, tais como, a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy, a Teoria da Crise de Gerald Caplan e a Teoria do Stress de Hans Selye, pelo que se torna pertinente proceder a uma breve revisão bibliográfica dos seus principais postulados, de forma a facilitar a compreensão da filosofia subjacente à criação do Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de BETTY NEUMAN.

Teoria da Gestalt ou Teoria da Forma

Os Gestaltistas estavam preocupados em perceber quais os processos psicológicos envolvidos na ilusão de óptica, quando o estímulo físico é percebido pelo sujeito com uma forma diferente do que ele é na realidade. O sujeito percebe inicialmente as formas em termos de conjunto e não de elementos isolados. As semelhanças desta teoria com o modelo de Neuman consistem em que “cada um de nós é rodeado por um campo perceptual que está em equilíbrio dinâmico”, ou seja, o indivíduo está inserido no ambiente que o rodeia, e em equilíbrio dinâmico com este – homeostasia. O processo homeostático é assim considerado contínuo. O processo homeostático é aquele que permite a manutenção do equilíbrio do organismo – SAÚDE. Quando este processo falha surge então a doença. A nossa conduta deriva da relação com o meio ambiente.

Neuman, no seu modelo, dá relevo ao indivíduo como pessoa global passível de ser afectada por diversas variáveis e que se encontra em interação constante com o ambiente. Sustenta ainda que o Todo é diferente da soma das partes.

Teoria do Stress de Hans Selye

As experiências de Selye demonstraram que a exposição contínua a qualquer *stress* físico ou emocional provocava um Síndrome de Adaptação Geral (SAG), com algumas alterações fisiopatológicas. A SAG subdivide-se em 3 fases: (1) fase de excitação – provoca reacção de alarme; (2) fase de resistência – provoca uma adaptação e (3) fase de exaustão – provoca danos temporários ou permanentes. O stress ou *stressors* são todos os agentes capazes de estimular a homeostase do organismo vivo e, como consequência da sua magnitude, induzir a uma reacção de alarme, podendo levar a rutura do seu ponto de equilíbrio – adaptações estas que poderão assumir um carácter benéfico ou maléfico. A capacidade que o organismo tem para resistir à magnitude do stress e adaptar-se vai depender de fatores condicionantes, tais como

hereditariedade, dieta, clima, etc. Neuman baseou-se nesta teoria ao incluir os agentes *stressors* no seu modelo.

Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy

Esta teoria considera cada organismo como um sistema aberto e dinâmico, carregado de energia e interagindo reciprocamente com o meio ambiente, de forma a estabelecer o equilíbrio dinâmico. Este equilíbrio dinâmico é conseguido através da capacidade de adaptação dos fenómenos homeostáticos. As tensões podem afetar um sistema tanto a nível interno como externo alterando esse equilíbrio. Nesta teoria é dado relevo à interação existente entre as partes que formam o Todo, podendo ser estudada separadamente cada uma delas, no entanto, o importante é a interação destas com vista ao resultado final. Neuman incorporou no seu modelo as ideias de sistemas abertos como correspondendo a uma pessoa, um grupo, uma família, uma comunidade. Considera ainda que o todo é diferente da soma das partes.

Teoria da Crise de Gerald Caplan

O autor define crise como um período transitório que tanto pode permitir ao indivíduo o crescimento da personalidade, como o aumento da vulnerabilidade. O indivíduo depara-se constantemente com problemas e resolve-os com um gasto mínimo de energia, devido a mecanismos e reações habituais – homeostase, ficando em estado de tensão durante um certo espaço de tempo, até atingir o reequilíbrio. Numa situação de crise, o tempo necessário para readquirir o equilíbrio homeostático será maior, devido à natureza do problema ou como o indivíduo utiliza os seus mecanismos de resolução. Este autor considera a existência de três níveis de prevenção em situação de crise: primária, secundária e terciária.

Na prevenção primária a ação centraliza-se sobre as circunstâncias prejudiciais antes da ocorrência da doença. A prevenção secundária tem por objetivo reduzir a prevalência da doença através do diagnóstico e tratamento ou minimizando os fatores etiológicos. A prevenção terciária tenta reduzir a incidência dos efeitos residuais da doença.

Neuman refere no seu modelo a existência de três níveis de prevenção em enfermagem, considera que pode ser utilizado mais que um modo de prevenção em simultâneo a fim de restaurar ou manter a estabilidade do sistema.

Para além destas, Neuman baseou-se também nas Teorias Filosóficas de Chardin, no que se refere à vida como um todo, e nos pontos de vista filosóficos de Bernard Marx, tendo em consideração a unidade do homem e da natureza. Também as suas vivências pessoais e observações no exercício no campo da Saúde Mental dirigiram a sua orientação na conceção deste modelo. A sua abordagem teórica está exemplificada numa abordagem holística à sua própria vida.

Conceitos Modelo: Conceitos Integradores, Meta paradigmas

Conceitos integradores

São usados por Neuman os conceitos, que definem, a sua visão sobre o ser humano, elaborados a partir das teorias básicas que servem de suporte ao Modelo, que passaremos a explicar:

- Estrutura básica e Recursos de energia

O sistema do cliente, que pode ser uma pessoa, família, grupo ou comunidade é representado no seu Modelo (diagrama), por uma estrutura básica ou central, cercada por uma série de círculos concêntricos. Nesta estrutura central situam-se os fatores de sobrevivência comuns à espécie que são, no entanto, exclusivos da pessoa e que correspondem aos seus recursos energéticos.

Neuman considera a pessoa como um Ser Holístico, formado por variáveis que existem em harmonia funcional e define-as como:

- Fisiológicas – referem-se às funções e estrutura do organismo.
- Psicológicas relativas aos processos mentais e à reflexão
- Sócio - culturais referentes às funções sociais e culturais
- De Desenvolvimento relacionadas com as funções de cada etapa do ciclo vital
- Espirituais ligadas às influências exercidas pelas crenças espirituais.

Estas variáveis conferem à pessoa a sua linha básica pessoal.

• Stressores ou forças de stresse¹

No decurso da vida a pessoa está sujeita à ação de diversas forças de stresse. Estas funcionam como estímulos em constante interação com o indivíduo promovendo a sua adaptação constante às alterações do meio envolvente. Esta adaptação visa o equilíbrio, a estabilidade. Os agentes de stresse ao atuarem sobre as linhas de resistência e as linhas flexível e normal de defesa podem por sua vez, produzir stresse e instabilidade do sistema. Os fatores de stresse podem ser nocivos ou benéficos e existem dentro e fora do sistema. De acordo com a sua natureza, Neuman classifica-os em:

- Intrapessoais: forças desencadeadas no interior do indivíduo
- Interpessoais: ocorrem fora dos limites da pessoa, entre dois ou mais indivíduos
- Extrapessoais: têm origem fora dos limites da pessoa numa linha distal (ex: mudança no sistema educacional, preocupações financeiras,)

• Linhas de resistência²

Imediatamente em volta do núcleo dispõem-se as linhas de resistência que o protegem, de modo a preservar a sua estabilidade (ex.: defesas imunitárias que defendem o organismo de uma eventual agressão do meio). A função destas linhas é ajudar a pessoa a manter o equilíbrio e a harmonia entre os fatores externos e internos do meio ambiente. Estas linhas variam de indivíduo para indivíduo conforme o estadio de desenvolvimento e/ou as experiências vividas e, são ativadas sempre que a linha normal de defesa é quebrada pelos stressores

• Linha normal de defesa³

Representa um estado de bem-estar da Pessoa, ou o estado de adaptação que esta mantém ao longo do tempo e que se considera normal para ela. Resulta,

¹ “A tendency exists within any system to maintain a steady state or balance among the various disruptive forces operating within or on it. The Neuman Systems Model identifies these forces as stressors. Stressors are defined as tension-producing stimuli that have the potential to cause system instability. More specifically, stressors are tension-producing stimuli or forces occurring within the internal and external environmental boundaries of the client system.” Neuman (2011, p.22)

² “These lines are activated following invasion of the normal line of defense by environmental stressors. The lines of resistance protect the basic Structure. These resistance lines contain certain known and unknown internal and external resource factors that support the client's basic structure and normal defense line, thus protecting system integrity.” Neuman (2011, p.18)

³ “The normal line of defense is depicted as the solid boundary line that encircles the broken internal lines of resistance (Figure 1-4). This line represents what the client has become, the gate to which the client has become, the state to which the client has evolved over time, or the usual wellness level. The adjustment of the five client system variables to enviromental stressors determines client stability or usual wellness level.” Neuman (2011, p.18)

nomeadamente, das normas de ajustamento e estilos de vida habituais do indivíduo, e do seu estado de desenvolvimento, ou seja, a forma como o indivíduo se confronta com as forças de stresse, está relacionado com o contexto cultural em que nasceu e ao qual procurou adaptar-se.

- Linha flexível de defesa⁴

Rodeia a linha normal de defesa. Neuman considera-a a resposta inicial ou a proteção do sistema contra os stressores. Serve de amortecedor e é descrita como um acordeão, uma vez que tem a capacidade de se expandir ou contrair, afastando-se ou aproximando-se prospectivamente da linha normal de defesa. Protege a linha normal de defesa agindo como um escudo e pode alterar-se rapidamente consoante o estado fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual ou de desenvolvimento do sistema. Impede a invasão deste pelos stressores. Quanto mais afastada esta linha se encontrar em relação à linha normal de defesa maior é a proteção que proporciona. Esta linha é mais dinâmica que estável, podendo ser alterada num período relativamente curto de tempo por fatores como a nutrição ou sono inadequado.

- Grau de reação

É um conceito fundamental do Modelo, uma vez que se baseia na relação da Pessoa com o stresse, ou seja, a sua reação ao stresse e aos novos fatores de reconstituição. A reação faz-se em função de variáveis com a estrutura básica, a resistência natural e adquirida e a circunstância do encontro com a força do *stresse*.

- Intervenção

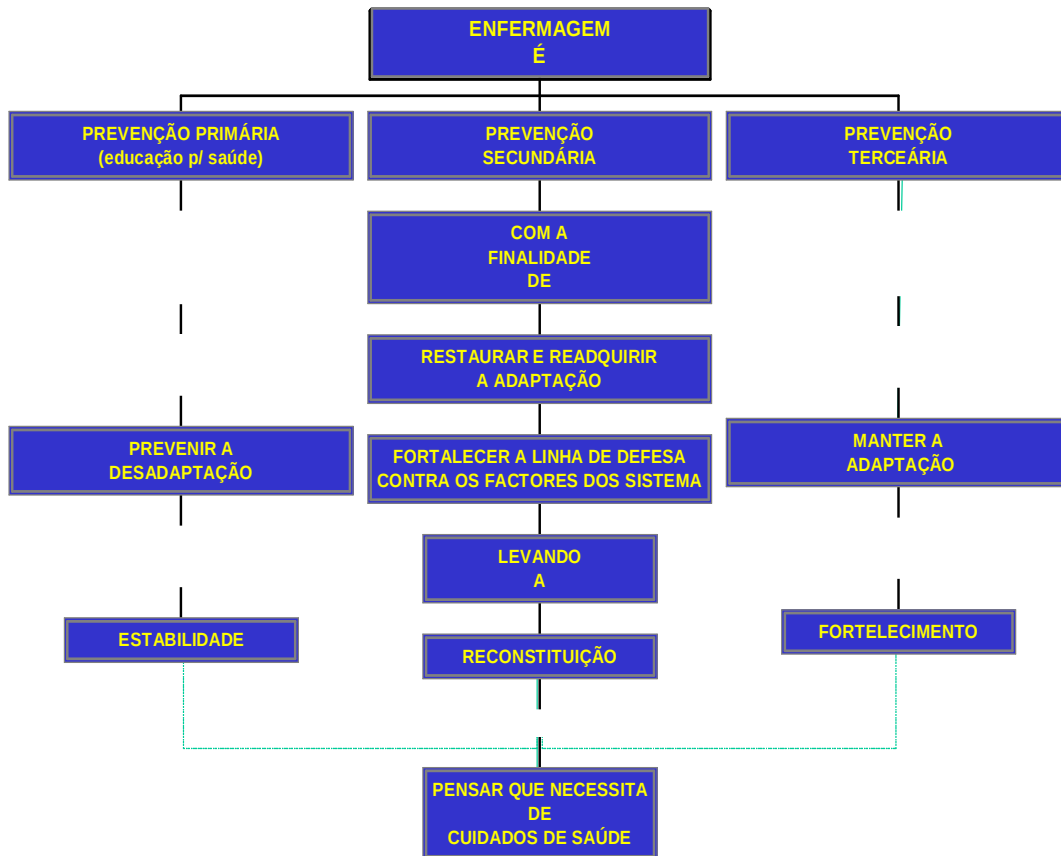
Deve iniciar-se quando se suspeita ou identifica a presença de uma força de stresse. As intervenções baseiam-se no grau de reação e podem ocorrer tanto antes como após as linhas de resistência terem sido penetradas.

- Níveis de prevenção⁵

- Neuman identifica três níveis de prevenção

⁴ “The flexible line of defense forms the outer boundary of the: defined client system, whether a single client, a group, or a social issue. Each line of defense and resistance contains similar protective elements related to the five variables - physiological, psychological, developmental, sociocultural, and spiritual – while being distinguished by their specific protective functions. The flexible line of defense (...) broken circle surrounding the normal (solid) line of defense.” Neuman (2011, p.17)

⁵ “Primary prevention relates to general knowledge that is applied in client assessment and intervention in identification and reduction or mitigation of possible or actual risk factors associated with environmental stressors to prevent possible reaction. The goal of health promotion is included in primary prevention. (...) Secondary prevention relates to symptomatology following a reaction to stressors, appropriate ranking of intervention priorities, and treatment to reduce their noxious effects. (...) Tertiary prevention relates to the adjustive processes taking place as reconstitution begins and maintenance factors move the client back in a circular manner toward primary prevention.” Neuman (2011, p.14)



- Prevenção Primária: Tem por objetivo prevenir a ocorrência da desadaptação com vista à estabilidade do sistema. O indivíduo conhece o grau de risco ainda que a reação não tenha ocorrido. Utiliza métodos como o ensino sobre a saúde, prevenção e eliminação de fatores de risco.

- Prevenção Secundária: O objetivo dos cuidados é ajudar o indivíduo a adquirir o seu estado de saúde habitual ou estado de equilíbrio. Consiste em intervenções ou tratamentos desenvolvidos. A intervenção do enfermeiro ocorre quando existe reação ao stressor.

- Prevenção Terciária: Intervenção que se segue ao tratamento. É a reconstituição. O objetivo é fortalecer a resistência às forças de stresse mediante a reeducação para ajudar a impedir a recorrência da reação ou a regressão. Conduz de forma circular à prevenção.

Se esta fase não for bem-sucedida e a reconstituição não ocorrer, a estrutura básica não será capaz de sustentar o sistema pelo que a morte ocorrerá.

• Reconstituição

É o estado de adaptação às forças de stresse no ambiente interno e externo, ou seja, representa o retorno e a manutenção da estabilidade do sistema, após tratamento da reação ao fator de stresse, que pode levar a um nível maior ou menor de bem-estar. Pode iniciar-se em qualquer nível de reação e inclui os fatores interpessoais, intrapessoais e extrapessoais no contexto das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais.

Meta paradigmas

No modelo de Neuman, estão presentes quatro conceitos principais, que devem estar em consonância entre si, sendo estes os seguintes: Indivíduo / Homem; Sociedade / Ambiente; Saúde / Bem-estar e Enfermagem.

- Indivíduo / Homem

O Modelo faz uma abordagem global à Pessoa, a qual inclui, indivíduos, famílias/grupos e comunidade.

Este Modelo defende a filosofia da "abordagem total da Pessoa", como um sistema de cliente, que é multidimensional e composta por variáveis: fisiológicas (referentes à estrutura e função corporal), psicológicas (referem-se aos processos de pensamento e reflexão), socioculturais (referem-se às funções sociais e culturais), de desenvolvimento (referem-se às tarefas de cada etapa do ciclo vital) e espirituais (referem-se às influências exercidas pela crença espiritual).

Outras variáveis incluem características centrais de sobrevivência, possuídos em comum com outros seres humanos, tais como, a variação normal de temperatura, os padrões de reação genética, a estrutura do ego e os vários elementos fortes e fracos do corpo físico. Os indivíduos interagem com o meio fazendo ajustamentos comportamentais ou ajustando o ambiente para satisfazer as necessidades pessoais.

Este Modelo é fundamentado na teoria geral de sistemas, sendo evidente na descrição que Neuman faz da Pessoa, no que observa como um sistema organizado. A Pessoa possui uma estrutura básica "Core", onde se encontram os factores básicos da sobrevivência comuns a todos os seres humanos.

A estrutura básica é rodeada por três contornos: linha de resistência, linha normal de defesa e linha flexível de defesa; estas linhas hipotéticas têm como finalidade proteger o núcleo, formando barreiras a vários níveis.

Este conceito de "todo" é essencial ao modelo de Neuman.

- Sociedade / Ambiente⁶

No Modelo de Neuman é fundamental o conceito de que o Homem está em constante interação com o Ambiente. O seu Modelo conceptual identifica a Pessoa e o Ambiente como fenómenos básicos.

NEUMAN citada por GEORGE (1993, p.232), define ambiente como aquelas forças e variáveis internas e externas que circundam os seres humanos em qualquer ponto no tempo, que podem afetar o sistema "pessoa", sendo a variação dependente das necessidades e motivações individuais. Essas forças são denominadas por fatores de stresse.

Baseado na Teoria HANS SEYLE as forças de stresse são estímulos produtores de tensão que possuem o potencial de provocar desequilíbrios, crises situacionais ou de maturidade ou de afeção do stresse na vida do indivíduo.

Baseando-se nesta ideia, Neuman refere que o fator de stresse é qualquer fenómeno que pode penetrar quer na linha flexível de defesa, quer na linha normal de defesa, conduzindo a um resultado positivo ou negativo. Essas forças ou agentes de stresse podem ocorrer na própria Pessoa (intrapessoais), entre um ou mais indivíduos (interpessoais) e fora da Pessoa

⁶ "The environment is broadly defined as all internal and external factors or influences surrounding the identified client or client system. The Neuman Systems Model identifies three relevant environments: the internal environment, which is intrapersonal in nature, the external environment, which is interpersonal and extrapersonal in nature, and the created environment, which is intrapersonal, interpersonal, and extrapersonal in nature." Neuman (2011, p.20)

(extrapessoais). Neuman defende também que os agentes de stresse na sua ausência, são neutros, mas o efeito do encontro com os agentes pode ser benéfico ou nocivo, positivo ou negativo.

A Pessoa mantém níveis de harmonia e equilíbrio entre o ambiente interno e externo. O *ambiente interno* existe no interior do sistema do cliente e é constituído por todas as forças e influências que interagem e estão unicamente dentro dos limites do sistema. O *ambiente externo* existe fora do sistema do cliente e é formado por todas as forças e influências que estão fora dos limites desse sistema. Também surge a identificação de um terceiro ambiente denominado por *ambiente criado*. O ambiente criado é desenvolvido subconscientemente pelo cliente como uma expressão simbólica de globalidade do sistema. Substitui e rodeia o ambiente interno e externo. O principal objetivo do ambiente criado é o de proporcionar um estímulo positivo em direção à saúde do cliente.

- Saúde / Bem-estar⁷

A saúde é descrita como a estabilidade ideal do sistema ou o estado de bem-estar ideal num determinado momento. Iguala saúde e Bem-estar. A autora refere-se a bem-estar, às variações de bem-estar e estabilidade do “cliente ou do sistema-cliente”. O bem-estar é comparado à estabilidade da linha normal de defesa. Isto não é descrito como um estado estável, mas sim como um ponto contínuo. Ao mencionar níveis de bem-estar, Neuman entende saúde como energia viva, um *continuum* e não como uma dicotomia de bem-estar e doença.

A falta de harmonia e equilíbrio reduz o estado de bem-estar. Quando todas as necessidades são satisfeitas, a Pessoa encontra-se num estado de bem-estar ótimo, reciprocamente um estado reduzido de bem-estar é o resultado de necessidades insatisfeitas.

Neuman defende que na reação das pessoas aos agentes de stresse, deve ter-se em conta os fatores intra, inter e extrapessoais nas diversas variáveis.

- Enfermagem⁸

A Enfermagem centra-se na Pessoa, inserida na família e na sociedade. Neuman define Enfermagem como uma “profissão única” que tem a ver com todas as variáveis que afetam as respostas da Pessoa aos fatores de stresse.

O principal objetivo de Enfermagem é prestar assistência à Pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do sistema, ou seja, a Enfermagem assiste a Pessoa, família/grupos e comunidade para obter um nível máximo de bem-estar. Para atingir o bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stresse e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a Pessoa. Os cuidados de enfermagem têm por objetivo auxiliar o sistema do cliente a adaptar-se, ajustar-se, restaurar ou manter algum grau de estabilidade entre as variáveis que o constituem e os stressores ambientais.

Neuman operacionalizou o seu Modelo num Processo de Enfermagem, fornecendo um Instrumento de Avaliação / Intervenção, com intenção de facilitar a intervenção de Enfermagem.

⁷ “Health, or wellness, is viewed as a continuum; wellness and illness are on opposite ends of the continuum. Health for the client is equated with optimal system stability, that is, the best possible wellness state at any given time. Client health is envisioned as being at various, changing levels within a normal range, rising or falling throughout the life span because of basic structure factors and satisfactory or unsatisfactory adjustment by the client system to environmental stressors. Health is a manifestation of living energy available to preserve and enhance system integrity.” Neuman (2011, p.23)

⁸ “The nursing component of the model illustrates that the major concern for nursing is in keeping the client system stable through accuracy in assessing the effects and possible effects of environmental stressors and in assisting client adjustments required for an optimal wellness level. *Optimal* means the best possible health state achievable at a given point in time. Nursing actions are initiated to best retain, attain, and maintain optimal client health or wellness, using the three preventions-as-interventions to keep the system stable. In keeping the system stable, the nurse creates linkages among the client, the environment, health, and nursing.” Neuman (2011, p.25)

Em qualquer das fases do Processo de Enfermagem, a Pessoa é um participante ativo.

1.2. Vulnerabilidade ao Stresse da Pessoa com Doença Mental Grave e o Cuidado de Enfermagem

Alguns estudos têm apontado a que a pessoa com doença mental grave (PDMG) tem frequentemente comprometidas as competências para lidar com o stresse, apresentando desde o início da doença recursos escassos de coping e portanto estando mais vulnerável a ele.

Lazarus e Folkman (1984) definem coping como os esforços cognitivos e comportamentais de forma a responder às exigências, externas e/ou internas, que são avaliadas como excedendo os recursos da pessoa.

Marques, et al. (2007) referem que o Modelo de Vulnerabilidade ao Stress, criado por Zubin e Spring em 1977, reforçam o princípio do controlo da tensão emocional como fator preventivo das recaídas e impulsionam as estratégias de reabilitação psicossocial na redução da tensão emocional. Acrescentam ainda que há uma forte relação entre a vulnerabilidade e a doença mental grave.

Também Townsend (2011), citando Kaplan e Sadock, defende que a doença bipolar resulta muito provavelmente de uma interação entre determinantes genéticos, biológicos e psicossociais, associadas a experiências passadas, condições existentes e a perceção do acontecimento pela pessoa (Modelo Transaccional de Stress/Adaptação).

Assim, tendo em conta que pessoa com doença mental tende a usar estilos de *coping* mais desadaptativos, caracterizados por estratégias de resolução de problemas interpessoais inefetivas e por resignação, evitamento e passividade (Marques, et al., 2007), torna-se imprescindível o contributo do enfermeiro no desenvolvimento de intervenções psico(socio)terapêuticas, focalizadas nas estratégias de *coping* e na gestão de stresse na pessoa com doença mental, de forma a diminuir o impacto do stresse e prevenir as recaídas.

Atualmente, é consensual a necessidade de abordagens integradas para a pessoa com doença mental grave, que incluam tratamentos biológicos e estratégias psicossociais focalizadas no doente e na família (Campos, 2009; NICE, 2009).

Assim, a opção pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman para a realização do estudo de caso da doente H.F. teve como base o enfoque dado à perspetiva de Enfermagem ao abordar a pessoa como ser holístico, em constante interação com os stressores ambientais, tendo como objetivo aumentar o seu Bem-estar, auxiliar este a adaptar-se, ajustar-se, restaurar ou manter algum grau de estabilidade entre as variáveis que a constituem e os stressores presentes.

A importância dos agentes stressores, conceito identificado pela teórica, revela-se cada vez mais atual, uma vez que são considerados importantes na etiopatogenia de várias doenças mentais, nomeadamente na Doença Bipolar.

Assim, a conceção do plano de cuidados apresentado no capítulo seguinte irá basear-se no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e na visão holística e multidimensional que lhe é inerente. É fundamental avaliar a doente H.F. na sua globalidade, atendendo a todo o ambiente complexo que a rodeia e que interfere na estabilidade do seu sistema.

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1. Colheita de dados

➤ Identificação

- Nome: H.F.;
- Sexo: feminino;
- Idade: 59 anos;
- Nacionalidade: portuguesa;
- Naturalidade: Viseu;
- Residência: Odivelas;
- Raça: caucasiana;
- Habilitações literárias: 1º ciclo;
- Estado Civil: casada;
- Profissão: desempregada (último emprego como empregada de engomadoria, há cerca de 4 anos);
- Pessoa de referência: Marido;
- Agregado familiar: vive com o marido e filho de 25 anos, num apartamento com três assoalhadas.
- Frequenta a Igreja Universal do Reino de Deus.

➤ História de Vida / História de Saúde

A Sr.^a H.F. é natural de uma aldeia pertencente ao distrito de Viseu. Foi uma filha não planeada, mas desejada pelos pais, sendo a mais nova de uma fratria de 3 irmãos. Aos 16 meses veio morar para a zona de Lisboa, permanecendo até aos 9 anos de idade no Laranjeiro. Com 9 anos mudou-se com os pais para Odivelas, onde viveu até aos 13 anos de idade. Posteriormente, foi viver para a Póvoa Santo Adrião, local onde conheceu o marido e onde permaneceu até aos 16 anos, idade em que casou.

Refere que os pais eram analfabetos, com “insucesso nos negócios criados”, tendo criado um “lugar de fruta” (SIC). Conta ter tido uma infância “pobre”, mas com afectos. Refere ainda que tinha muito gosto pela escola, e que tinha boa relação com os colegas, mostrando saudosismo ao abordar este tema. Era a melhor aluna no 1º e 2º anos. Fez 1º ciclo, entre os 7 e os 12 anos. Houve um ano em que a professora esteve ausente, não tendo sido substituída, factor que lhe causou stresse. Como doenças infantis teve apenas o Sarampo.

Começou a trabalhar aos 12 anos: empregada fabril em várias empresas, e empregada de balcão. Fez o curso de costura, apoiada pela mãe, tendo descoberto o seu gosto pela costura, área onde desenvolveu a sua carreira. Aos 13 anos conhece o futuro marido, tendo casado aos 16 anos. Os pais emigraram quando tinha 17 anos, situação que correspondeu à ida do marido para Ultramar, que voltou após um ano e meio (deficiente das Forças Armadas). Neste período, a H.F. viveu na casa dos pais, de forma a não sobrecarregar o orçamento familiar.

Nos últimos anos desenvolveu a sua actividade profissional relacionada com a costura. O último emprego foi há cerca de quatro anos. Arrepende-se de se ter despedido, pois gostaria de voltar a trabalhar. Fez descontos para a Segurança Social durante menos de um ano.

Refere que a relação conjugal sempre foi conflituosa, “nunca foi muito boa, sempre fui muito infeliz” (SIC). O marido é alcoólico, com antecedentes de jogo patológico “viciado em jogo” e hábitos de vida nocturna (durante mais de 20 anos), culpando-o pela vida precária actual.

Teve quatro gravidezes não planeadas: a filha (actualmente com 33 anos) é fruto da primeira gravidez aos 20 anos; e o filho (25 anos) da 4ª gravidez, aos 34 anos. Sendo Gesta 4 e Para 2, no período entre os 20 e 34 anos engravidou mais duas vezes, tendo efectuado abortos provocados, por não desejar estes filhos.

A Sr.ª H.F. conta ainda que educou a filha, e o marido educou o filho sem a sua aprovação. Considera que deveriam ambos ter tido responsabilidade partilhada na educação dos filhos, mas que não conseguiu ter qualquer controlo sobre a situação, pois o marido era irredutível quanto à sua decisão. Sente mágoa por isso. Aos 46 anos separa-se do marido e vai viver com a mãe. Este adoece com angina de peito e fica internado no Hospital Militar, situação que a fez sentir-se obrigada a regressar para casa para cuidar do filho de 12 anos, “não podia abandoná-lo”. Esteve quinze dias separada.

Como internamentos não psiquiátricos apresenta os relacionados com os partos de ambos os filhos.

No que respeita a internamentos psiquiátricos anteriores teve quinze, em que o primeiro ocorre em 1979 (aos 27 anos de idade). Os seguintes são datados de 1995 (2); 1997;1998, 2000, 2002, 2003; 2004 (2); 2005; 2006 (2); 2009 e 2010. Os principais factores de recaída, que foram identificados no processo clínico, estiveram relacionados quer com conflitos conjugais (sofreu violência doméstica) ou conflitos com a filha (em 2004, altura em que se divorcia e volta para casa dos pais); quer com o abandono do regime terapêutico (sobretudo nos últimos anos). Refere que não tem conhecimento acerca da sua doença, sabendo apenas que não tem esquizofrenia.

➤ **História da Doença Atual**

Há cerca de um ano e meio que a Sr.^a H.F. tem apresentado Alucinações Auditivo-verbais, imperativas e depreciativas, ouvindo “a voz” dizendo-lhe coisas feias e chamando-a nomes feios (SIC), voz essa a que sempre respondeu. Desde há seis meses atrás decidiu não responder à voz porque achou que estava a dar-lhe razão para ter mais controlo sobre si. Crê que essa voz está relacionada com o facto de ter o “cofre aberto”, limitando-lhe os seus movimentos e impedindo-a de realizar as suas tarefas domésticas. Há cerca de alguns meses atrás terá abandonado o regime terapêutico instituído, nomeadamente as consultas de psiquiatria (seguida pela mesma médica há mais de cinco anos) e as consultas de enfermagem depôt (não se recorda de nenhum enfermeiro que lhe tenha prestado cuidados) na Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO), provocando piora do seu estado psicopatológico, com agravamento dos sintomas, nomeadamente aumento da frequência das alucinações auditivo-verbais; insónia total “nem à noite me deixava...dizia...não te deixo dormir” (SIC); e incapacidade para realizar as suas atividades de vida diária “não conseguia cozinhar” (SIC). O marido conduziu-a ao serviço de Urgências do Hospital Curry Cabral. Apresenta como motivo deste internamento descrito o abandono do regime terapêutico instituído. Tem como diagnóstico Doença Bipolar tipo I e encontra-se medicada com: Carbonato de Lítio, 400 mg LM (1+0+1+0); Diazepam, 5 mg (1+1+1+0); Aripiprazol, 10 mg (1+0+1) – suspenso a 28 Outubro; Ciamemazina 100 mg (0+0+0+1) – suspenso a 28 de Outubro; Flurazepan 30 mg (0+0+0+1); Biperideno 2 mg (1+0+0+0).

➤ **Avaliação Física**

A Sr.^a H.F. apresenta estatura baixa. Idade real coincidente com a idade aparente. Peso: 68 Kg. Altura: 152 cm. Índice de Massa Corporal de 29,6, apresentando excesso de peso. Peso habitual: 56 Kg. Sinais vitais: Tensão Arterial de 137/85 mmHg; Frequência Cardíaca de 68 ppm; T=36º, eupneica. Sem queixas álgicas. Apresenta visão corrigida e audição mantida. Sem alergias conhecidas a fármacos e a alimentos.

➤ **Exame Mental no momento da Admissão**

- Orientação: TE/AA - Sim.
- Consciência: Vigil.
- Memória: Não se apuram alterações.
- Percepção: alucinações Auditivo-Verbais, imperativas e depreciativas.
- Pensamento: alteração do conteúdo. Ideias místicas: por ação de um “demónio” (SIC), que a impede de se mover.
- Discurso e Linguagem: Organizado e lógico, no contexto da atividade delirante.
- Insight e Juízo Crítico: Sem insight e sem juízo crítico.
- Humor e Emoções: Deprimido.
- Aspeto e Comportamento:
Idade aparente: coincidente com a real
Atividade Motora: bradicinésia (a voz limita os movimentos)
- Atitude: colaborante
- Atenção: Captável
- Vestuário e Higiene: cuidada

2.2. Percepção da doente e enfermeira

Percepção da doente e enfermeira no início do internamento

Percepção da Doente	Percepção da Enfermeira
O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?	
“A voz.”	Não faz referência ao seu problema ser a doença, mas antes a voz, como se não tivessem qualquer relação. Pouco reconhecimento da doença. Não faz referência à relação conjugal conflituosa.
Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?	

“Fico com os músculos presos...eu a querer fazer as coisas, mas a voz dificulta-me a fazê-las.”	Não identificou outras alterações, nomeadamente, dificuldade em manter uma alimentação saudável (ao jantar só comia um iogurte e fruta, o que não acontecia antes), assim como a insónia total.
Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?	
Refere que desde Abril de 2010 que a voz a transtorna, antes disso, 6 meses antes, ouvi a voz e respondia, porque não causava transtorno. Agora não responde.	Não reconhece os sinais de descompensação. Atitude desadequada face a sinais de descompensação.
Como prevê o futuro em consequência da presente situação?	
“Quero ir à Igreja fechar o cofre.”	Presença de ideias delirantes de conteúdo místico.
O que é que está a fazer para se ajudar a si mesma?	
“Sou uma pessoa muito carinhosa e gosto de ajudar e de dar.”	Aceita estabelecer relação terapêutica com o prestador de cuidados.
O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si?	
“Gostava que me dessem mais carinho, ter um pouco mais de apoio.” “Não sei o que possam fazer por mim.” (relativamente aos prestadores de cuidados).	A H.F. apenas recebe carinho da parte do marido e filho quando a visitam quando está internada. A família costuma visitá-la pouco. Apresenta laços familiares afetuosos diminuídos. Não reconhece a importância dos profissionais de saúde como rede social de apoio. Tem uma fraca rede social de apoio.

2.3. Recursos Pessoais

Apresento alguns recursos pessoais identificados pela Sr.^a H.F.: “Tenho uma boa autoestima” (SIC). Considera-se uma pessoa sociável: meiga, carinhosa, que gosta de conversar.

Tem como projetos pessoais futuros o desejo de emagrecer e interesse em voltar a trabalhar ou tentar uma possível reforma.

Além disso, identifico que apresenta boas capacidades de gestão e organização familiar: nomeadamente tarefas domésticas e gestão do dinheiro.

2.4. Fatores de Stresse

Através da aplicação da lista de transtornos do dia-a-dia, os fatores de stresse identificados pela Sr.^a H.F. são: Não ter dinheiro suficiente para as despesas básicas; Não ter dinheiro para gastar em distrações; Locais com muito movimento/muitas pessoas; Transportes públicos cheios; Sentir-se sobrecarregada em casa; Discussões em casa; Lidar com pessoas desagradáveis; Tarefas domésticas desagradáveis.

Como fatores de stresse identificados pela Enfermeira apresento:

• Fatores de Stresse Intrapessoais

Doença Bipolar I, desde os 27 anos, com antecedentes de adesão à terapêutica não eficaz.

• Fatores de Stresse Interpessoais

Relação conflituosa/distante com o marido;

Relação conflituosa com o filho;

Relação distante com o irmão (não comunicou o falecimento da filha à H.F.);

• Fatores de Stresse Extrapessoais

Desemprego/ dependência financeira.

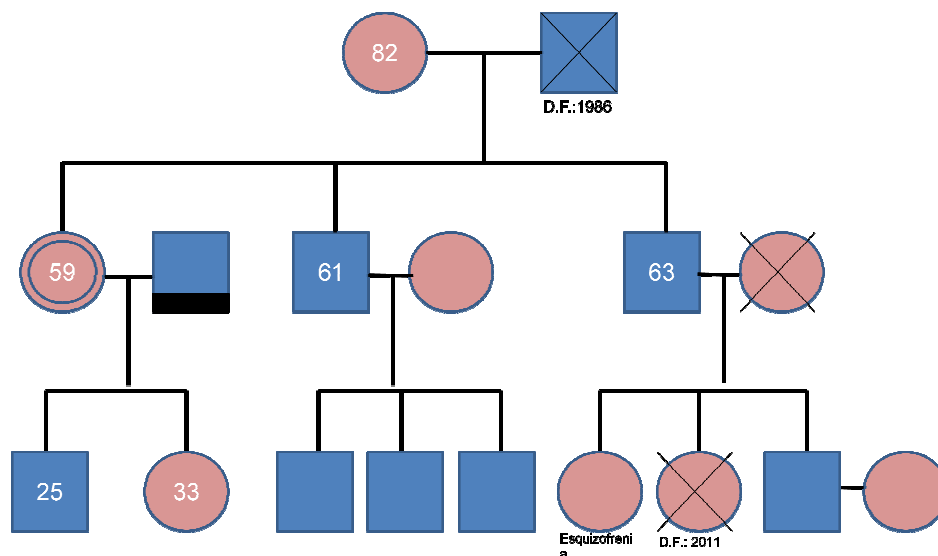
2.5. Fatores Protetores

A Sr.^a H.F. apresenta como fatores protetores:

- Apoio financeiro fornecido pelo marido, para os gastos diários genéricos e passe de autocarro;
- Suporte na doença fornecido pelo marido, levando-a às consultas quando adoece;
- Boa relação com a mãe, apesar de distante fisicamente.

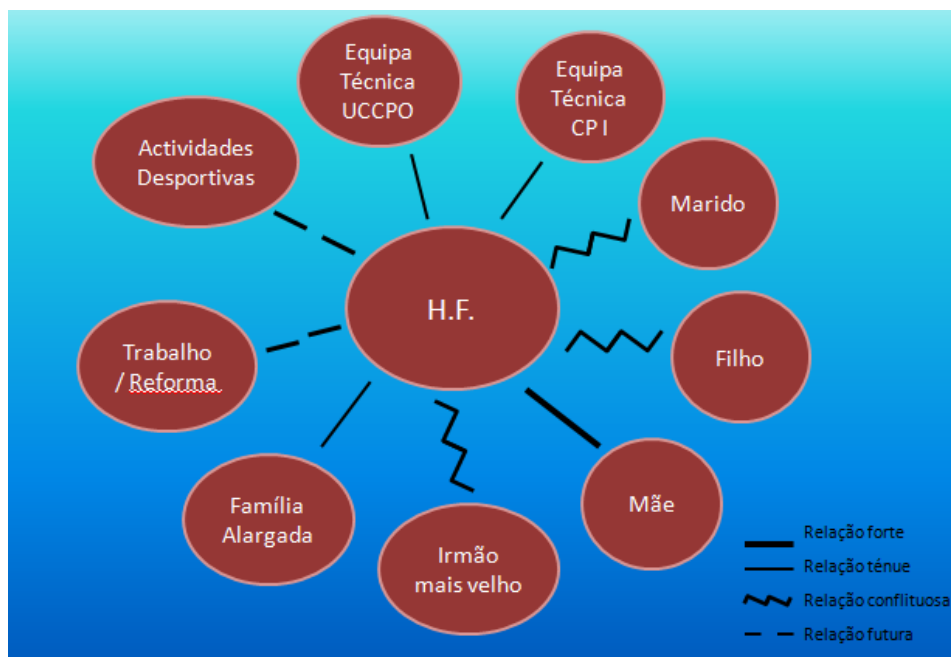
2.6. Genograma

Como refere Bowen, citado por Stanhope e Lancaster (1999), o genograma permite mostrar a história familiar e fornece informação sobre os padrões relacionados com a saúde, assegurando uma fonte rica de informação a partir da qual se poderão planejar intervenções.



2.7. Ecomapa

Embora o ecomapa seja realizado tendo em conta os relacionamentos da família com os sistemas mais amplos, este será realizado apenas com a Sr.^a H.F. no centro, visto que, de acordo com Hartman citado por Wright e Leahey (2002), o ecomapa realizado desta forma permite perceber melhor a natureza das relações que a mesma estabelece com os seus familiares, pessoas significativas, entre outros. Permitirá ainda compreender que recursos poderá utilizar na gestão dos conflitos.



2.8. Plano de Cuidados

Na intervenção em crise o terapeuta torna-se parte integrante da situação de vida da pessoa doente, que, devido ao seu estado emocional, não é capaz de resolver os problemas (Townsend, 2011).

O facto da Sr.^a H.F. se apresentar em fase aguda da sua doença implica uma intervenção na crise por parte de toda a equipa interdisciplinar, particularmente nos cuidados que o enfermeiro presta à mesma de forma a aumentar o seu bem-estar, ajudando-a a mobilizar os recursos necessários para resolver a crise.

Assim, o plano de cuidados apresentado é constituído por três categorias: a) os diagnósticos de enfermagem, em que são identificados os problemas e necessidades da Sr.^a H.F., bem como os agentes stressores que estão relacionados com a sua situação atual; b) as finalidades de enfermagem que, após ter sido determinada a natureza dos fatores de stress e a ameaça que representavam para o sistema, são negociadas com a Sr.^a H.F.; e c) os resultados de enfermagem que incluem as intervenções que se pretendem levar a cabo para reduzir ou eliminar os fatores de stress, visando sempre alcançar o máximo de estabilidade para o sistema global da Sr.^a H.F. e proteção da estrutura básica; e a avaliação que se pretende fazer dessas mesmas intervenções, que permitirá apurar a reconstituição, ou seja o retorno e manutenção (ou não) da estabilidade do sistema, que é sempre fundamental para a realização de novos planeamentos e avaliações futuras.

O plano de cuidados será elaborado com base na CIPE (ICN, 2005). Seguidamente, descrevo os diagnósticos de enfermagem identificados no momento da admissão e ao longo do internamento, assim como as intervenções de enfermagem seleccionadas, segundo a Classificação Internacional de Enfermagem.

Assim, foram levantados vários **focos**:

- Pensamento alterado;
- Alucinação presente;
- Adesão ao regime terapêutico não eficaz;
- Sono alterado;
- Conhecimento deficiente da doença;
- *Coping* ineficaz;

- **Interação Social Comprometida.**

Os **diagnósticos de Enfermagem** levantados são:

- **Pensamento alterado**, manifestado pela presença ideias delirantes de conteúdo místico “esta voz é o demónio”; “tenho o cofre aberto”, relacionado com a sua patologia.
- **Alucinação presente**, manifestada pela presença de alucinação auditivo-verbal, depreciativa (chama-a nomes feios) e imperativa (“faz isto”, “vai para ali”), relacionada com o abandono da terapêutica e a sua patologia.
- **Adesão ao regime terapêutico não eficaz**, manifestada por abandono do regime terapêutico e consultas, relacionada com a falta de insight e crenças associadas à doença.
- **Sono alterado**, manifestado por insónia quase total, relacionada com a presença de alucinação auditivo-verbal e abandono da medicação.
- **Conhecimento deficiente da doença**, manifestado verbalmente pela doente “Sei que não tenho esquizofrenia”; “não sei que doença tenho”, relacionado com o abandono da medicação.
- **Coping ineficaz**, manifestado por uso inadequado de mecanismos de defesa, expectativas não satisfeitas (em relação ao marido e filho), hostilidade verbal e física, sentimento de ausência de controlo, relacionada com a vulnerabilidade, e grandes necessidades de dependência do marido e sistema familiar disfuncional.
- **Interação Social Comprometida**, manifestada por ausência de apoio de pessoas significativas e isolamento, relacionada com a sua patologia de base.

Seguidamente, apresento as **intervenções de Enfermagem** levantadas:

✓ **Facilitar a admissão:**

- Apresentar-se;
- Proporcionar privacidade adequada à doente e familiares;
- Realizar história de admissão;
- Realizar exame físico de admissão;
- Realizar o levantamento de dados psicossociais;
- Registrar as informações pertinentes;

- Elaborar os diagnósticos de enfermagem;
- Iniciar o planeamento da alta hospitalar.

✓ Promover Relação de Ajuda:

- Criar um clima de acolhimento e aceitação;
- Estabelecer uma relação de confiança e atenção positiva;
- Ter uma escuta ativa, escutar as preocupações da doente;
- Discutir com a doente as suas experiências emocionais;
- Auxiliá-la no reconhecimento dos sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza;
- Comunicar verbalmente empatia ou compreensão da experiência da doente;
- Encorajar o diálogo ou o choro como meios de reduzir a resposta emocional;
- Apoiar emocionalmente.

✓ Atender (cuidar) nas ideias delirantes:

- Oferecer à doente oportunidades para discutir os delírios com os cuidadores;
- Evitar discutir sobre as falsas crenças; esclarecer dúvidas de maneira simples;
- Evitar o reforço de ideias delirantes;
- Focar a discussão nos sentimentos subjacentes mais do que no conteúdo do delírio;
- Auxiliar a doente a evitar ou eliminar stressores que precipitem os delírios.

✓ Atender (cuidar) nas alucinações:

- Reconhecer e aceitar as percepções e interpretação da realidade que tem a doente.

✓ Gerir o humor:

- Avaliar o humor regularmente, à medida que evolui o tratamento;
- Monitorizar o funcionamento cognitivo (p. ex., concentração, atenção, memória, capacidade de processar informações e de tomar decisões).

✓ Promover o *coping* eficaz:

- Avaliar a compreensão que a doente tem do processo de doença;
- Reconhecer os antecedentes espirituais e culturais da doente;
- Encorajar uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de ausência de controlo;
- Estimular a realização de atividades sociais;
- Estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos;

- Estimular a doente a identificar os seus pontos fortes e capacidades e a sentir-se bem com eles;
 - Investigar com a doente métodos anteriores para lidar com problemas da vida;
 - Avaliar as necessidades/desejos da doente por apoio social;
 - Auxiliar a doente a identificar sistemas de apoio disponíveis;
 - Orientar a doente sobre o uso de técnicas de controlo da ansiedade.
- ✓ Ensinar sobre a importância da Adesão ao Regime Terapêutico através de intervenções psicoeducativas individuais programadas:
- Avaliar o atual nível de conhecimento da doente, relacionado com a medicação;
 - Conhecer os motivos da não adesão ao regime terapêutico;
 - Descrever os efeitos terapêuticos e secundários da medicação;
 - Descrever estratégias para minimizar os efeitos secundários;
 - Descrever as vantagens e desvantagens da toma da medicação.
- ✓ Gerir a medicação
- Monitorizar a eficácia da modalidade de administração do medicamento;
 - Monitorizar o efeito terapêutico do medicamento;
 - Monitorizar os sinais e sintomas de toxicidade da droga;
 - Monitorizar e promover a adesão da doente à medicação;
 - Avaliar a capacidade da doente de automedicar-se,
 - Desenvolver estratégias com a doente para intensificar a adesão ao regime prescrito,
 - Contactar a doente e a família após a alta, para verbalizarem dúvidas, preocupações, receios associados ao regime terapêutico.
- ✓ Gerir o ambiente físico
- Criar um ambiente seguro para a doente;
- ✓ Facilitar o sono
- Desencorajar dormir durante o dia a fim de ser promovido um descanso mais repousante durante a noite;
 - Determinar os efeitos dos medicamentos da doente sobre o padrão de sono;
 - Monitorizar/registar o padrão de sono da doente e a quantidade de horas de sono.
- ✓ Executar terapia de grupo:

- Determinar o propósito do grupo e a natureza do processo de grupo;
 - Formar um grupo de tamanho ideal: de 5 a 12 pessoas;
 - Escolher os membros do grupo entre pessoas que desejem participar ativamente e assumir responsabilidades pelos próprios problemas;
 - Determinar se o nível de motivação da doente é suficiente para beneficiar da terapia de grupo;
 - Usar o desempenho de papéis e a resolução de problemas, quando adequado.
- ✓ Apoiar a família
- Avaliar a reação emocional da família à condição da doente;
 - Promover uma relação de confiança com a família;
 - Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família;
 - Ouvir as preocupações, os sentimentos e as dúvidas da família.
- ✓ Preparar a alta
- Auxiliar a doente e família a preparar-se para a alta;
 - Envolver a família nos cuidados e no planeamento da alta;
 - Colaborar com o médico, doente e família no planeamento da continuidade dos cuidados de saúde;
 - Comunicar os planos de alta à doente,
 - Formular um plano de manutenção do acompanhamento após a alta.

Seguidamente, apresento a **Avaliação** efetuada ao longo do internamento da Sr.^a H.F. Apresento ainda a avaliação do estado mental, assim como a informação mais pertinente resultante da última entrevista de enfermagem, ambas realizadas no dia anterior à data de alta.

A Sr.^a H.F. apresenta-se ao longo do internamento orientada em todas as referências, vigil, sem alterações da memória. Com discurso e linguagem organizados e lógicos. Apresenta uma postura mais tranquila, com humor eutímico, fácies mais expressivo e mais comunicativa com a equipa técnica e com os outros doentes.

Verifica-se bradicinésia menos intensa. Descreve a presença de alucinações Auditivo-Verbais menos frequentes. Mantém ideias delirantes de conteúdo místico, desejando ir “fechar o cofre” (SIC). Sem a presença insight, mas com juízo crítico para a sua situação de doença.

De realçar a sua preocupação atual com uma manifestação da doença, pela presença de Alucinações auditivo-verbais, desejando “fechar o cofre”, embora ciente da importância da adesão ao regime terapêutico. Destaco ainda o autoconhecimento desenvolvido pela Sr.^a H.F., que proporcionou fortalecimento das suas potencialidades e identificação dos fatores stressores, a partir do qual foi possível realizar a sua recuperação, com o seu envolvimento do seu processo de tratamento, quer através das atividades decorridas durante o internamento, quer através das suas demonstrações de interesse para ter uma vida com mais qualidade.

Na tabela seguinte descrevo a perceção da doente e enfermeira na última entrevista de enfermagem realizada.

Perceção da Doente	Perceção da Enfermeira
O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?	
“A voz e o meu filho. Ele não faz nada da vida, enquanto o pai lhe der dinheiro.”	Não reconhece a doença de base e sinais de descompensação. Não faz referência à relação conjugal conflituosa.
Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?	
“Fico em casa, e só me faz mal, fico sozinha. Tenho os músculos presos. Não consigo dormir, o demónio não me deixa dormir.”; “Dantes costurava, hoje já não consigo.”	Não identificou outras alterações, nomeadamente, dificuldade em manter uma alimentação saudável (ao jantar só comia um iogurte e fruta, o que não acontecia antes).
Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?	
Tenho uma doença, dizem-me que não é esquizofrenia. Já tive muitas recaídas, o meu marido leva-me às urgências.	Apesar de reconhecer ter recaídas desde 1979, não identifica como resolveu esse problema. Atitude desadequada face a sinais de descompensação.
Como prevê o futuro em consequência da presente situação?	

“Consciencializei-me que vou tomar a medicação, estou farta do Hospital.” “Ninguém me vai dar emprego com esta idade.”	Reconhece a importância da medicação no tratamento do seu problema de saúde. Preocupada com o que poderá desenvolver profissionalmente no futuro.
O que é que está a fazer para se ajudar a si mesma?	
“Primeiro de tudo é tomar a medicação, ir às consultas, sair à rua, distrair-me,...costumo ir à praça.”	Motivada para aderir ao regime terapêutico, assim como para usufruir de atividades lúdicas. Demonstra interesse e motivação para ter uma vida com mais qualidade. Participa nas sessões psico(sócio)terapêuticas com interesse.
O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si?	
“Gostava que me dessem mais carinho.” “Não sei o que possam fazer por mim.” (relativamente aos prestadores de cuidados).	A H.F. apenas recebe carinho da parte do marido e filho que a visitam quando está internada. Não reconhece a importância dos profissionais de saúde como rede social de apoio. Tem uma fraca rede social de apoio.

Na tabela seguinte identifico os contributos das Intervenções de Gestão do Stresse na Sr.^a H.F.:

Stressores	Estratégias de <i>coping</i> Utilizadas antes do Internamento	Estratégias de <i>coping</i> Adquiridas no Internamento
Discussões em casa com o marido	Não eficaz Resignação e isolamento	Eficaz Comunicação assertiva

Discussões em casa com o filho	Não eficaz Efetua as limpezas de casa sozinha	Eficaz Pedir a colaboração do filho
Não ter dinheiro para gastar em distrações	Não eficaz Isolamento. “Sou uma pessoa calada por natureza.”	Eficaz Autoconhecimento. “Sou uma pessoa carinhosa que gosta de ajudar e de dar.” Desejo em integrar atividades desportivas ou de artesanato na Junta de Freguesia.
Doença Bipolar	Não eficaz Abandono do regime Terapêutico	Eficaz Insight parcial para o tratamento “Primeiro de tudo é tomar a medicação, ir às consultas.”

No dia de alta a Sr.^a H.F. é encaminhada para a U.C.C.P.O., com marcação de consulta pós-alta de enfermagem, consulta de psiquiatria e ainda avaliação com a Assistente Social, uma vez que manifestou desejo em regressar ao trabalho ou tratar de uma possível reforma. A informação respeitante ao seu tratamento, nomeadamente nota de alta médica e de enfermagem e restantes registos de enfermagem, foi reunida e enviada à equipa técnica da U.C.C.P.O..

Uma vez que a doente tem alta a 10 de Novembro e o marido sofreu sanção por condução automóvel alcoolizado, estando impedido de conduzir, espera-se que vá à consulta de enfermagem na data da consulta de psiquiatria, dia 23 de Novembro. Contactada pelo Enfermeiro da Consulta Externa da U.C.C.P.O. para marcação de consulta de Enfermagem na mesma data, que aceita, tendo comparecido.

Medicada com: Carbonato de Lítio, 400 mg LM (0+0+1+1/2); Seroquel 300 mg SR (0+0+0+1); Flurazepan 30 mg (0+0+0+1); Valdoxan 25 mg (0+0+0+1).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo de caso permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre uma doença mental grave onde a intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é

fundamental. A pesquisa bibliográfica sobre o tema, o levantamento de diagnósticos e a definição de intervenções pretendem ser uma ferramenta importante no aperfeiçoamento dos cuidados especializados de enfermagem à pessoa que sofre de doença bipolar.

Considero assim, e de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro), o desenvolvimento das seguintes competências: *“Ajuda a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”*, tendo-se revelado fundamental a utilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, na medida em que me permitiu compreender a história de vida da Sr.^a H.F., assim como identificar os seus recursos pessoais e fatores stressores, o que se evidenciou fulcral para o seu processo de tratamento. No que respeita à competência *“Presta cuidados de âmbito (...) psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*, sinto que o facto de ter desenvolvido intervenções psico(sócio)terapêuticas na implementação de estratégias de gestão do stress a um grupo de pessoas com doença mental, no qual esteve presente a Sr.^a H.F., me proporcionou conhecê-la melhor e intervir de forma mais adequada, ajudando-a a alcançar um estado de saúde próximo do que deseja, de forma a conseguir realizar as suas atividades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório.

Concordo com Benner (2001) quando refere que as enfermeiras devem lembrar-se que os doentes têm muitas vezes a sua própria interpretação e a sua própria compreensão do seu estado. Dar-lhes a ocasião de se exprimirem nesse ponto, respeitando ao mesmo tempo a sua interpretação, pode ser um papel importante na experiência que o doente tem sobre a sua doença, assim como sobre a sua cura.

Assim, o enfermeiro dispõe de muitas intervenções psico(sócio)terapêuticas que podem ajudar a pessoa com doença mental grave a desenvolver estratégias de coping eficazes para gerir/lidar com situações de stress futuras e prevenir recaídas.

Penso ainda ter contribuído para despertar nalguns elementos da equipa de enfermagem, nomeadamente na Sr.^a Enfermeira-Chefe, a importância e o interesse na implementação de intervenções psico(sócio)terapêuticas de forma estruturada e sistemática, com registo no SAPE (Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem), simples e prático, apesar da dinâmica e constrangimentos possíveis inerentes ao serviço.

4. RERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos, L. (2009). Doença mental e prestação de cuidados. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Igoa, et al. (sd). Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiares y Allegados.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.
- Marques, A., Queirós, C. & Rocha, N. (2007). Programa de desenvolvimento de estratégias de auto-controlo e gestão do stress em pessoas com Esquizofrenia. Saúde Mental, IX (2) 12-24.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems Model (5ª ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- NICE (2010). *Guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. UK: The British Psychological Society
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão beta 2. Lisboa.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999) – Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4.ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-05-3
- STUART, Gail; LARAIA, Michele (2001) – Enfermagem psiquiátrica. Princípios e práticas. 6ª ed. Porto Alegre: ArtMed. ISBN: 85-7307-713-1.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Loures: Lusociência.
- Trzepacz, Paula T., Baker, Robert W. (2001) – Exame psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9789728449773.
- UNIDADE CURRICULAR Apreciação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Apontamentos Avaliação Clínica. Professora Isabel Costa e Silva. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010.
- UNIDADE CURRICULAR TÉCNICAS DE INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA. Apontamentos. Professora Glória Toletti. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011.

ANEXO 5

Ação de Formação dirigida à equipa de enfermagem da CPI



2º Curso Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio ESMP

Clínica Psiquiátrica I

Estudo de Caso

- Intervenções de Gestão do Stresse na Pessoa com Doença Mental Grave -

Estudante: Marta Gaspar, n.º 3618

Enfermeiro Orientador: Pedro Ferreira

Professora Orientadora: Glória Toletti

15 Novembro, 2011

OBJECTIVOS

- Apresentar, analisar e discutir o Estudo de Caso relativo à doente H.F.;
- Divulgar os contributos das intervenções de gestão do stresse realizadas no decurso do Estágio realizado;
- Debater as intervenções psico(sócio)terapêuticas e a prática de Enfermagem na Clínica Psiquiátrica I.

SUMÁRIO

1. Quadro de Referência;
2. Processo de Enfermagem
 - 2.1. Colheita de Dados
 - 2.2. Recursos Pessoais;
 - 2.3. Factores de Stresse;
 - 2.4. Diagnósticos de Enfermagem;
 - 2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse na PDMG.
3. Considerações Finais;
4. Referências Bibliográficas.

1. Quadro de Referência

Pessoa com Doença Mental Grave (PDMG):

- Maior vulnerabilidade Stresse / Limiar mais baixo ao Stresse
- Recursos para gerir/lidar com stresse reduzidos
- Estratégias de adaptação (*coping*) individuais ineficazes: caracterizadas por estratégias de resolução de problemas interpessoais pouco ineficazes, por resignação, evitamento e passividade

(Marques, et al., 2007)

Indispensáveis intervenções psico(sócio)terapêuticas, focalizadas no desenvolvimento de estratégias de *coping* e da gestão de stresse da PDMG, de forma reforçar as linhas de defesa, com o intuito de diminuir o impacto do stresse e prevenir as recaídas.

SUMÁRIO

1. Quadro de Referência;
2. Processo de Enfermagem
 - 2.1. Colheita de Dados
 - 2.2. Percepção da doente e enfermeira;
 - 2.3. Recursos Pessoais;
 - 2.4. Factores de Stresse;
 - 2.5. Diagnósticos de Enfermagem;
 - 2.6. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse na PDMG.
3. Considerações Finais;
4. Referências Bibliográficas.

2.1. Colheita de Dados

➤ Identificação

- Sr.ª H.F., sexo feminino, 59 anos, portuguesa, raça caucasiana.
- Habilitações literárias: 1º ciclo.
- Casada, 2 filhos.
- Vive com o marido e filho de 25 anos, num apartamento no Concelho de Odivelas.
- Desempregada: último emprego como empregada de engomadoria, há cerca de 4 anos.
- Frequenta a Igreja Universal do Reino de Deus.

2.1. Colheita de Dados

➤ História de Vida (infância)

- Foi uma filha não planeada, mas desejada pelos pais.
- A mais nova de uma fratria de 3 irmãos.
- Natural aldeia de Viseu, veio morar com os pais para Lisboa (Odivelas, Laranjeiro, Póvoa Santo Adrião).
- Pais analfabetos, com “insucesso nos negócios criados”.
- Infância “pobre”, mas com afectos.
- Gostava muito da escola, boa relação com os colegas. Era a melhor aluna no 1º e 2º anos. Fez 1º ciclo, entre os 7 e os 12 anos. Houve um ano em que a professora esteve ausente, não tendo sido substituída.

2.1. Colheita de Dados

➤ História de Vida (adolescência/ jovem adulta)

- Começou a trabalhar aos 12 anos: empregada fabril em várias empresas, e empregada de balcão.
- Curso de costura (apoiada pela mãe), tendo descoberto o seu gosto pela costura, área onde desenvolveu a sua carreira.
- 13 anos conhece futuro marido, casou aos 16 anos.
- Pais emigraram quando tinha 17 anos.
- Marido foi para Ultramar, voltou após um ano e meio (deficiente das Forças Armadas).

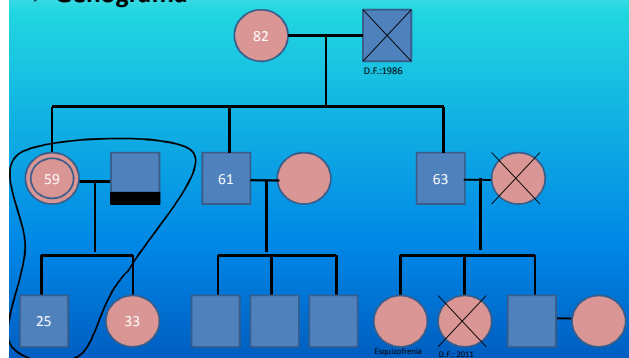
2.1. Colheita de Dados

➤ História de Vida (adultícia)

- Relação conjugal conflituosa: “nunca foi muito boa, sempre fui muito infeliz”.
- Marido alcoólico, “viciado em jogo”, hábitos de vida nocturna (durante mais de 20 anos): culpa-o pela vida precária actual.
- 4 gravidezes não planeadas: filha (33 anos) é fruto da primeira gravidez aos 20 anos; filho (25 anos) da 4ª gravidez, aos 34 anos.
- H.F. educou a filha, marido educou o filho sem a sua aprovação.

2.1. Colheita de Dados

➤ Genograma



2.1. Colheita de Dados

➤ Internamentos Psiquiátricos Anteriores

1979

1995 (2) → maus tratos físicos por parte do marido, abandono da medicação. A filha casa em Dezembro de 1995.

1997 → conflitos conjugais.

1998, 2000, 2002, 2003 → abandono medicação

2004 (2) → 1ª-IC (fase maníaca. Conflitos conjugais); 2ª (Abandono regime terapêutico, conflitos com filha, separada a viver em casa dos pais).

2005 → abandono terapêutica.

2006 (2) → conflitos conjugais.

2009 → abandono terapêutica.

2010 → abandono terapêutica.

Sem outros internamentos noutras instituições.

2.1. Colheita de Dados

➤ Exame Mental no momento da Admissão (20/10/2011)

- Orientação: TE/AA - Sim.
- Consciência: Vigil.
- Memória: Não se apuram alterações.
- Percepção: alucinação Auditivo-Verbal, imperativas e depreciativas.
- Pensamento: alteração do conteúdo. Ideias místicas: por acção de um “demónio” (SIC), que a impede de se mover.
- Discurso e Linguagem: Organizado e lógico, no contexto da actividade delirante.
- Insight e Juízo Crítico: Sem insight e sem juízo crítico.
- Humor e Emoções: Deprimido.
- Aspecto e Comportamento:
Actividade Motora: bradicinésia (a voz limita os movimentos).

Motivo de Internamento: Abandono do regime terapêutico

Antecedentes Pessoais: Doença Bipolar I

2.2. Recursos Pessoais

- “Tenho uma boa auto-estima.”
- Considera-se uma pessoa sociável: meiga, carinhosa, que gosta de conversar.
- Projecto pessoais futuros:
 - “Quero emagrecer.”
 - “Gostava de voltar a trabalhar.”
- Capacidades de gestão e organização familiar: nomeadamente tarefas domésticas e gestão do dinheiro.

2.3. Factores de Stresse

Identificados pela Doente

Lista de Transtornos do dia-a-dia

Realize com uma cruz (X) os transtornos que teve nos últimos doze meses:

- ☒ Não ter dinheiro suficiente para as despesas básicas
- ☒ Não ter dinheiro para gastar em distrações
- ☒ Locais com muita movimentação/muitas pessoas
- ☒ Transportes públicos cheios
- ☐ Engarrafamentos de trânsito
- ☒ Sentir-se sobrecarregado em casa
- ☐ Sentir-se sobrecarregado no trabalho
- ☒ Discussões em casa
- ☐ Discussões no trabalho
- ☒ Lidar com pessoas desagradáveis
- ☐ Não ter privacidade em casa
- ☐ Problemas de saúde/líquidos
- ☐ Desordem ou desarrumação em casa
- ☐ Desordem ou desarrumação no trabalho
- ☒ Tarefas domésticas desagradáveis
- ☐ Tarefas laborais desagradáveis
- ☐ Viver num bairro problemático ou perigoso
- ☐ Outro: _____
- ☐ Total de acontecimentos desagradáveis _____

(Adaptado de Lista de transtornos do dia-a-dia da Coordenação Nacional para a Saúde Mental)

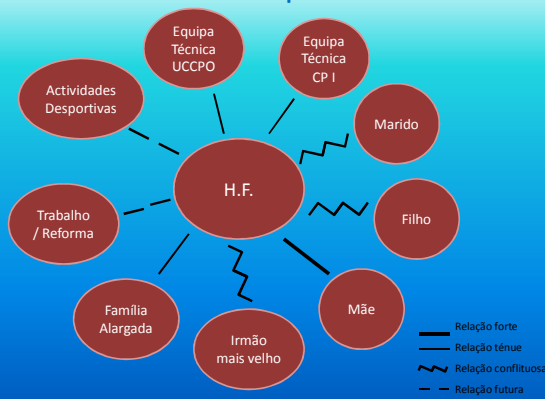
2.3. Factores de Stresse

- **Factores Stress Intrapessoais**
 - Doença Bipolar I, desde os 27 anos. Com antecedentes de adesão à terapêutica não eficaz.
- **Factores Stress Interpessoais**
 - Relação conflituosa/distante com o marido;
 - Relação conflituosa com o filho;
 - Relação distante com o irmão (não comunicou o falecimento da filha à H.F.);
- **Factores Stress Extrapessoais**
 - Desemprego/ dependência financeira.

2.4. Factores Protectores

- Apoio financeiro fornecido pelo marido:
 - gastos diários genéricos;
 - passe de autocarro.
- Suporte na doença fornecido pelo marido:
 - Leva-a às consultas quando adocece.
- Boa relação com a mãe:
 - apesar de distante fisicamente.

Ecomapa



2.4. Diagnósticos de Enfermagem

- **Pensamento alterado**, manifestado pela presença ideias delirantes de conteúdo místico “esta voz é o demónio”; “tenho o cofre aberto”, relacionado com a sua patologia.
- **Alucinação presente**, manifestada pela presença de alucinação auditivo-verbal, depreciativa (chama-a nomes feios) e imperativa (“faz isto”, “vai para ali”), relacionada com o abandono da terapêutica e a sua patologia.

2.4. Diagnósticos de Enfermagem

- **Adesão ao regime terapêutico não eficaz**, manifestada por abandono do regime terapêutico e consultas, relacionada com a falta de insight e crenças associadas à doença.
- **Sono alterado**, manifestado por insónia quase total, relacionada com a presença de AAV e abandono da medicação.

2.4. Diagnósticos de Enfermagem

- **Conhecimento deficiente da doença**, manifestado verbalmente pela doente "Sei que não tenho esquizofrenia"; "não sei que doença tenho", relacionado com o abandono da medicação.
- **Coping ineficaz**, manifestado por uso inadequado de mecanismos de defesa, expectativas não satisfeitas (em relação ao marido e filho), hostilidade verbal e física, sentimento de ausência de controlo, relacionada com vulnerabilidade, grandes necessidades de dependência do marido e sistema familiar disfuncional.
- **Interação Social Comprometida**, manifestada por ausência de apoio de pessoas significativas e isolamento, relacionada com a sua patologia de base.

2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse

Sessão Grupo	Conteúdos	Avaliação
23/10	Apresentação Gestão do Stresse. Preenchimento da Lista Transtornos do dia-a-dia.	Necessitou de estimulação para participar; Com algumas baixas ao longo da actividade; Identificada; Interage só quando estimulada; Demonstrou satisfação ocasionalmente. No final refere "gostei de ouvir, mas sou calada por natureza".
28/10	Identificação do stressor mais comum à maioria dos elementos do grupo: discussões em casa.	Verbaliza o contexto em que o stressor ocorre. Refere episódios no passado, durante muitos anos, de agressividade verbal (marido e filho) e física (marido). Actualmente, a agressividade física não ocorre. Discussões por causa das compras e das tarefas em casa. Não identifica o impacto do stressor. Descreve estratégias de coping adaptativas: falar com o marido de que comprou só o necessário.

2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse

Sessão Grupo	Conteúdos	Avaliação
29/10	Exploração teórico-prática de Estratégias de Gestão do Stresse, relacionadas com discussões em casa, nomeadamente, o treino de auto-afirmação e o treino da assertividade, através da técnica de role-play.	Participou espontaneamente com motivação; Atenção e concentração em toda a actividade; Comportamento adequado; Interage de forma espontânea; Demonstra satisfação em toda a actividade. Participa no role-play (2ª situação). No final refere "Desta vez estive mais atenta".
30/10	Identificação de uma emoção sentida no aqui e agora; Informação da utilização do humor como estratégia de gestão do stress; Informação dos benefícios do humor; Exercícios práticos de técnicas de utilização do humor, no dia-a-dia e através de exercícios da terapia do riso.	Comportamento adequado; Interage de forma espontânea; Demonstra satisfação em toda a actividade. Emoção início: Compaixão Emoção final: Amor

2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse

Sessão Grupo	Conteúdos	Avaliação
3/11	Relação entre tarefas domésticas desagradáveis e o stress; Estratégias para lidar com o stress, relacionadas com as tarefas domésticas desagradáveis.	Inquieta (sessão as 17h30-cansaço); Identifica uma tarefa doméstica desagradável: "Lavar as paredes, por andar em cima do escadote" Identifica uma manifestação de stress relacionada com tarefas domésticas desagradáveis e a consequência da sua não realização (caos) "Fico triste." Identifica estratégias para lidar com o stress: "tento limpar."
5/11	Leitura do Folheto Informativo "Tarefas domésticas, Simplificar para não stressar" e debate acerca das estratégias fornecidas e relação com as vivências de cada doente.	Refere como principal estratégia apreendida na sessão: pedir a colaboração do filho.

2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse

Sessão Grupo	Conteúdos	Avaliação
30/10	Adesão ao regime terapêutico, conceito e motivos de não adesão.	Participou espontaneamente com motivação; Atenção e concentração em toda a actividade; Comportamento adequado; Interage de forma espontânea; Demonstra satisfação em toda a actividade. Não verbaliza insight da doença; Verbaliza insight do tratamento; Compreende a importância da Adesão ao Regime Terapêutico, relaciona-o com a prevenção das recaídas; Refere motivos de não Adesão ao Regime Terapêutico.

2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse

Sessão Grupo	Conteúdos	Avaliação
8/11	Ensino teórico de como passar a ferro a camisa. Exemplificação de como passar a ferro uma camisa.	Participou espontaneamente com motivação; Atenção e concentração em toda a actividade; Comportamento adequado; Interage de forma espontânea; Demonstra satisfação em toda a actividade. Menos inquieta que noutras sessões, mas ainda no final com desconforto por estar sentada.

2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse

Stressores	Estratégias de coping Utilizadas antes do Internamento	Estratégias de coping Adquiridas no Internamento
Discussões em casa com o marido	Não eficaz Resignação e isolamento	Eficaz Comunicação assertiva
Discussões em casa com o filho	Não eficaz Efectua as limpezas de casa sozinha	Eficaz Pedir a colaboração do filho
Não ter dinheiro para gastar em distrações	Não eficaz Isolamento. "Sou uma pessoa calada por natureza."	Eficaz Auto-conhecimento. "Sou uma pessoa carinhosa que gosta de ajudar e de dar." Desejo em integrar actividades desportivas ou de artesanato na Junta de Freguesia.
Doença Bipolar	Não eficaz Abandono do regime Terapêutico	Eficaz Insight parcial para o tratamento "Primeiro de tudo é tomar a medicação, ir às consultas."

2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse

Intervenções CIPE/SAPE

The screenshot shows the Oracle CIPE/SAPE system interface. It displays patient information (Doente: Nº Proc, Saldo a 10-11-2011, 59 anos, Turno: Tarde, 15:00, 2011.10.29). The interface includes sections for 'Com Horário', 'Sem Horário', and 'Atividades'. A 'Notas' window is open, showing a note about a group therapy session: 'Executar terapia de grupo (100)'. The note mentions 'Motivada e interessada na sessão psicossocioterapêutica. Participativa. Identifica estratégias de coping adaptativas.'

2.5. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse

Intervenções CIPE/SAPE

The screenshot shows the Oracle CIPE/SAPE system interface. It displays patient information (Doente: Nº Proc, Saldo a 10-11-2011, 59 anos, Turno: Tarde, 15:00, 2011.11.06). The interface includes sections for 'Com Horário', 'Sem Horário', and 'Atividades'. A 'Notas' window is open, showing a note about a group therapy session: 'Executar terapia de grupo (100)'. The note mentions 'Participou activamente na sessão psicossocioterapêutica alusiva ao tema "Ansiedade e stresse."'

➤ Exame Mental no dia 9/10/2011

- Orientação: TE/AA - Sim.
 - Consciência: Vigil.
 - Memória: Não se apuram alterações.
 - Percepção: alucinação Auditivo-Verbalis menos frequentes.
 - Pensamento: alteração do conteúdo. Ideias místicas: por acção de um "demónio" (SIC).
 - Discurso e Linguagem: Organizado e lógico.
 - Insight e Juízo Crítico: Sem insight e com juízo crítico.
 - Humor e Emoções: Eutímico.
 - Aspecto e Comportamento:
- Actividade Motora: bradicinésia menos intensa.

SUMÁRIO

1. Quadro de Referência;
2. Processo de Enfermagem
 - 2.1. Colheita de Dados
 - 2.2. Percepção da doente e enfermeira;
 - 2.3. Recursos Pessoais;
 - 2.4. Factores de Stresse;
 - 2.5. Diagnósticos de Enfermagem;
 - 2.6. O Contributo das Intervenções de Gestão do Stresse na PDMG.
3. Considerações Finais;
4. Referências Bibliográficas.

3. Considerações Finais

DIMINUIR VULNERABILIDADE AO STRESSE

- O Enfermeiro dispõe de muitas intervenções psico(sócio)terapêuticas que podem ajudar a PDMG a desenvolver estratégias de adaptação (*coping*) eficazes para:
 - Gerir/lidar com situações de stress actuais e futuras;
 - Prevenir recaídas.

Envolvimento no seu processo de tomada de decisão.

AUMENTAR RECURSOS/ CONTROLO

4. Referências Bibliográficas

- Marques, A., Queirós, C. & Rocha, N. (2007). Programa de desenvolvimento de estratégias de auto-controlo e gestão do stress em pessoas com Esquizofrenia. *Saúde Mental*, IX (2) 12-24.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um Guia Prático para Profissionais de Saúde* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2009). Psychoeducation for Schizophrenia. *Intervention Review*. Wiley. 1-70.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª ed.). Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.



ANEXO 6

Diário de campo CP I

Diário de Campo – Clínica Psiquiátrica I

Data: 1 Outubro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
• Observo que alguns doentes apresentam-se frequentemente ansiosos e apelativos, solicitando ao enfermeiro para sair à rua, para fumar ou para ir para o quarto dormir. • Doente R.M., de 23 anos, com diagnóstico de psicose SOE, apresenta delírios de envenenamento. Tentei estabelecer no período de jantar contacto com ele, no sentido de aumentar o seu conforto à mesa, contacto que este rejeita e imediatamente se levanta em gesto de rejeição de qualquer contacto. O enfermeiro de serviço incentiva-o de forma assertiva a sentar-se e a dar continuidade à sua refeição. O doente aceita e cumpre.	• Considero que o facto de existirem vários momentos sem atividades pode potenciar nos doentes maior ansiedade e até mesmo dificuldade em conseguir gerir o seu tempo, por falta de atividades. Existe flexibilidade da parte dos enfermeiros, na medida em que há uma avaliação prévia. Percebe-se que alguns doentes que, pelo seu estado, necessitam de maior número de horas de sono dormir (e a importância que tem na recuperação da sua saúde). Denoto a importância num serviço de internamento das intervenções psicossociais. • Senti-me ansiosa por perceber que estaria a contribuir para a instabilidade deste doente, uma vez que não me conhece (ou melhor, não se recorda de mim, pois conhecemo-nos numa entrevista de triagem para o Hospital de Dia há cerca de 2 anos). Apenas estabelece contacto com a equipa que já conhece, mesmo com uma atitude desconfiada. Percebi que a minha intervenção não foi relevante nem necessária perante as suas reais necessidades. Futuramente, tentarei avaliar melhor cada intervenção a realizar a cada doente, pois mesmo em questões simples, como a estimulação para o conforto, podem ser perturbadoras para quem sofre de sintomatologia positiva.

Data: 2 Outubro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
• Um grupo de doentes ausenta-se do serviço para assistir à missa de domingo. Todos voltam, excepto um. De imediato, fazem-se contactos de forma a dar seguimento ao procedimento de fuga. Depois de cerca de 10 minutos, o doente chega ao serviço acompanhado por um segurança que o encontrou na esplanada. Esta situação era recorrente com este doente. Assim que ele regressa, aparentemente sem perceber que tinha agido de forma incorreta, uma enfermeira interage com ele de forma autoritária (a que ficou a assegurar o serviço) e a outra de forma paternalista (a que o acompanhou à missa).	• A Segurança do doente como uma necessidade de elevada importância. Avaliação se o doente está preparado ou não para saídas ao exterior, se reúne as condições para sair em grupo. Se não está, fornecer-lhe informação, estratégias e vigiar com maior frequência o seu comportamento. Se não for suficiente, ou sai acompanhado ou assiste à missa até estar capaz de sair sozinho.

Data: 3 Outubro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Doente R.M., com dependência alcoólica, recebe telefonema da esposa, que quer informá-lo que irá sair de casa com o filho de 5 anos, culpando a sogra dos conflitos permanentes que causa em casa. O R.M. apresenta fácies tenso. Fala dos conflitos que a mãe tem provocado na sua casa, quer pela sua personalidade “ela é de gancho”, tem “problemas de Alzheimer”, mas “eu sei que ela sempre foi assim...isto é personalidade, não é doença.” Queixa-se do seu sentimento de impotência, por não conseguir impedir o conflito relacional entre a mãe e a esposa e impedir que a esposa tome esta atitude precipitada. Ainda acrescenta que está longe e não queria ser incomodado com estas questões pois está a tratar-se “como é que eu me posso tratar com isto a acontecer lá fora?”. O Enfermeiro de referência intervém dando-lhe pouco espaço para se exprimir e incentivando-o a ir lanchar.	Penso que esta situação deve ser penosa e difícil para este doente, que apresenta uma família disfuncional. Sabendo que ele é apenas a pessoa que consegue acabar com os conflitos no ambiente familiar e que está incapaz de resolvê-los, por estar internado. Para além de ter vários fatores stressores relacionados com a doença e com o internamento, revela ainda dificuldade em deparar-se com um conflito familiar que é uma constante em casa. A presença de conflitos familiares é um fator stressor na vida do R.M. Poderia ter sido dado ao doente mais espaço para poder expressar os seus sentimentos acerca desta situação, compreender qual o impacto que tem na sua vida e ajudá-lo a diminuir a ansiedade.

Data: 10 Outubro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
No momento do jantar, observo a interação dos enfermeiros com os doentes. Uma doente, a A.M. (com delírios de envenenamento) recusa a alimentar-se e a tomar a terapêutica. O enfermeiro, distribuído na prestação de cuidados a homens, dirige-se a ela interage assertivamente com esta, de forma a persuadi-la a alimentar-se e a cumprir a terapêutica. Por outro lado, a enfermeira à medida que administra a terapêutica a outras doentes, refere num tom alto que “se não toma, leva a injeção.”	O momento das refeições é um momento privilegiado para observar os doentes, quer na sua relação com a alimentação, quer na interação social, quer pela avaliação da progressão ao nível clínico, do pensamento e das alterações de perceção. Apesar da distribuição de trabalho ser a distribuição por género, isto é, um enfermeiro distribuído a doentes mulheres e o outro a doentes homens, ao longo do turno executam atividades consoante as necessidades prioridades e ainda de acordo com o grau de empatia estabelecido com o doente. Parece-me muito adequado que o enfermeiro que sinta maior empatia para com uma doente que apresenta um problema se possa dirigir a esta para a ajudar. Seria importante que os enfermeiros da equipa articulassem melhor de forma a ser apenas um a intervir a dado momento, de forma a não provocar clivagens.

Data: 10 de Outubro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
• No decurso da entrevista de enfermagem com a doente N.A., no momento em que sinto que a doente se sente angustiada ao partilhar o que motivou o seu internamento, nomeadamente I.M.V. na sequência de conflitos com a filha, assim como a sua história de vida, em que sempre se sentiu mal-amada e rejeitada pelos elementos de família de referência, pergunto se quer um abraço. Olha para mim a chorar. Dou-lhe um abraço, chora mais um pouco. Sente-se culpada por estar a causar mal-estar a si própria e à filha.	• Penso que a doente apresenta um grande sofrimento, mesmo que, ainda assim, apresente uma visão irrealista da realidade, apresenta este sentimento de rejeição. Nega referência a situações do passado em que tenha tido relações positivas com a família. Necessitaria de conhecê-la melhor no sentido de poder executar reestruturação cognitiva. Apesar de não conseguir intervir como desejava, senti-me bem por poder ajudar esta doente a expressar-se e a libertar alguma da sua tensão emocional.

Data: 11 Outubro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
• Observo à saída do serviço, a interação da doente A.M. com os pais. Está dentro do carro com a mãe, a doente no banco da frente e a mãe no banco de trás. Ambas em silêncio. O pai está fora do carro, vagueando na estrada. Antes de entrar no meu carro, olho para a doente, levanto a cabeça e digo “boa tarde” em sinal de cumprimento, sinal que devolve com olhar sereno e levanta a mão.	• Penso o que fará estes pais virem visitar a filha durante todo o período de visitas (das 14h às 19h). Sobretudo porque ambos não estão bem. A mãe dá claramente sinais de que está com quadro depressivo, sem qualquer tratamento. Assim como este é um período em que a doente fica restringida/impossibilitada de interagir com outros doentes. Aspeto que pouco contribui para a sua melhoria. Sabemos da sobrecarga (<i>burden</i> familiar) que os familiares com doença mental apresentam. Devo informar-me sobre que intervenções a equipa está a desenvolver para ajudar esta família.

Data: 29 Outubro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Doente J.G. permanece um longo período da tarde deitado na cama. Dirijo-me a ele de modo a perceber o que sente. Refere que está sem tabaco, uma vez que não tem dinheiro para comprar tabaco e a Dr.^a I. que costuma ir com ele à caixa Multibanco está de férias, regressando na 2^a feira (daqui a dois dias). Fator stressor: ausência de tabaco, provocando-lhe ansiedade. Estratégia que utiliza: isolamento social. No dia seguinte, 30 Outubro, mantém-se ansioso e recusa integrar a sessão.	Considero que esta é uma situação de aprendizagem para o J.G. Presto apoio psicológico. Introduzo humor de forma a libertar tensão emocional e incentivo-o a integrar as atividades psico(sócio)terapêuticas, explicando que a distração, o estar focado numa atividade específica pode ajudar na diminuição da sua ansiedade. Ri-se espontaneamente, mas recusa integrar a atividade. Considero deveras importante o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa que sofre de doença mental, de forma a estimular com sucesso o J.G. na atividade, respeitando sempre a sua tomada de decisão.

Data: 3 de Novembro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
A Doente L.R. ao dar por terminada a visita do marido, dirige-se para a sala de refeições não se despedindo deste. Fácies triste. O enfermeiro dirige-se à doente e pede-lhe de forma assertiva para se despedir do marido. Situação que aceita e realiza. Após jantar pede para ir para a cama. Enfermeiro aceita, mas negocea com esta um primeiro momento de partilha de emoções. Realizou-se uma consulta de enfermagem. A L.R. chorou, partilhou o que sentia. O enfermeiro prestou apoio emocional, dando-lhe feedback da agressividade que ela tem para com o marido.	Enfermeiro sensível a situação de stresse. Muitas vezes, as visitas são um fator stressor relacionado com a relação disfuncional prévia à situação de internamento.

Data: 30 de Outubro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Doente H.S. permanece inquieto por longos períodos e ansioso, após ter sido questionado sobre a possibilidade de estar preocupado ou ansioso nega qualquer hipótese. Participa na sessão psico(sócio)terapêutica, com alguma dificuldade em permanecer concentrado. No final refere sentir-se ansioso por esperar visitas de familiares à tarde.	A dificuldade que H.S. apresenta dificuldade em estar em contacto consigo próprio, de forma a aperceber-se das suas manifestações de tensão. A pessoa com doença alcoólica apresenta grande dificuldade em estar em contacto com as suas emoções, apresentando, frequentemente, a alexitimia. Na sessão demonstrei a autenticidade e interesse genuíno. No final da sessão, partilhou a emoção sentida.

ANEXO 7

Estudo de Caso segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman - ECP

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1 – QUADRO DE REFERÊNCIA

1.1. Esquizofrenia

1.2.MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

1.3.Vulnerabilidade ao Stresse da Pessoa com Doença Mental Grave e o Cuidado de Enfermagem

2 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1. Colheita de dados

2.2. Perceção do utente e enfermeira

2.3. Recursos Pessoais

2.4. Factores de Stresse

2.5.Factores Protetores

2.6.Genograma

2.7.Ecomapa

2.8.Plano de Cuidados

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso é realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inserido no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A pessoa selecionada, denominada por mim como V.S., encontra-se em tratamento na Equipa Comunitária da Parede do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital São Francisco Xavier, com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide.

A minha escolha prende-se com o facto de ser uma Pessoa com Doença Mental Grave (PDMG), por aceitar integração no Grupo de Gestão do Stresse; para além de ter sido sugerido pela Sra. Enfermeira Orientadora. Ainda, a realização deste estudo de caso permite-me desenvolver a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, descrita no Regulamento nº 129/2011 do Diário da República, 2ª série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, *“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”*.

Os dados colhidos e as intervenções realizadas decorreram durante o período de estágio, desde 26 de Novembro de 2011 a 10 de Fevereiro de 2012.

Os objetivos deste estudo de caso são: adquirir e consolidar conhecimentos teóricos acerca da problemática apresentada; através da avaliação diagnóstica e das intervenções desenvolvidas, na perspetiva do Modelo de Sistemas de Betty Neuman; realizar o processo de Enfermagem com base na linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem); assim como refletir sobre as competências especializadas desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

A metodologia utilizada para tal foi fundamentalmente descritiva e reflexiva, com base na leitura e análise de literatura respeitante à problemática apresentada; na realização de entrevistas de enfermagem, na consulta do processo clínica do utente, assim como na realização de intervenções psico(sócio)terapêuticas e respetiva análise conjunta com a Sra. Enfermeira Orientadora do local de estágio e professora Orientadora.

Este trabalho é constituído por quatro partes. A primeira parte consiste no enquadramento teórico, em que faço uma revisão teórica da Esquizofrenia, assim como o Modelo Teórico de Enfermagem que serviu como base do estudo de caso. Na segunda parte, respeitante ao processo de enfermagem, descrevo a identificação, história de vida, história familiar e história de doença do utente; assim como os fatores stressores e protetores do mesmo e ainda a perceção

que o mesmo tem sobre a sua situação, e ainda o respetivo plano de cuidados (diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e avaliação), utilizando a linguagem CIPE.

No terceiro capítulo descrevo as considerações finais, onde contemplo as aprendizagens mais relevantes e o contributo da minha intervenção enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Mental. E finalmente, no quarto capítulo, enumero as referências bibliográficas que utilizei e que foram preciosas para a realização deste trabalho.

1 – QUADRO DE REFERÊNCIA

1.3. Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença grave e crónica, que atinge cerca de 1% da população mundial. Tem o seu início, habitualmente, no final da adolescência ou no início da idade adulta, mas pode ocorrer em qualquer idade. Algumas pessoas só podem ter sintomas por um curto período de tempo, mas outros podem tê-los por meses ou anos. Algumas pessoas vão recuperar completamente dos seus sintomas, outras vão melhorar, mas podem adoecer novamente (NICE, 2009).

Caracteriza-se por alterações graves nos processos do pensamento, da perceção e da modulação das emoções. A forma como a doença se apresenta varia de pessoa para pessoa, mas os principais sintomas são chamados de sintomas psicóticos. Estes são: Alucinações (ouvir vozes e ver coisas que não existem); delírios (crenças fixas que são falsas) (NICE, 2009).

Devido a estes sintomas a pessoa pode não ser capaz de pensar claramente ou se concentrar. A pessoa pode perder o interesse nas coisas, apresentar falta de motivação e isolar-se de outras pessoas. Os sintomas podem ser angustiantes para a pessoa e também pode ser perturbador para as famílias e amigos. Pode demorar um pouco para uma pessoa com estes sintomas a aceitar que estão doentes ou para pedir ajuda ou tratamento. Algumas pessoas não aceitam o termo esquizofrenia para descrever seus sintomas (NICE, 2009).

Um aumento de sintomas angustiantes, incluindo alucinações e delírios, é chamado de "episódio agudo". Algumas pessoas com esquizofrenia podem também apresentar outras condições, tais como ansiedade, depressão, pós-traumático, transtorno de personalidade, e problemas com o álcool ou drogas (NICE, 2009).

Segundo o DSM-IV (1996), os sinais e sintomas geralmente mais presentes (sintomas positivos) na esquizofrenia são: ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico e sintomas negativos como o

embotamento afetivo, alogia (pobreza do discurso) ou avolição (incapacidade em iniciar e persistir em atividades dirigidas para um objetivo).

Segundo o autor supracitado, existem cinco subtipos de esquizofrenia: o tipo desorganizado, catatônico, indiferenciado, residual e paranóide. O subtipo desorganizado, considerado o mais grave, resume-se a um discurso e comportamento desorganizados e afeto inapropriado ou embotado. Estão presentes ainda ideias delirantes não organizadas, irritabilidade marcada e associada a comportamentos agressivos e um contato muito pobre com a realidade. O subtipo catatônico são frequentes os sintomas motores e alterações da atividade, que podem ir desde um estado de cansaço à excitação. No subtipo indiferenciado está presente um decréscimo acentuado da atividade laboral ou intelectual e um isolamento social marcado, observando-se uma apatia relativamente ao mundo exterior. No subtipo residual estão presentes ideias delirantes ou alucinações, nem discurso e comportamento desorganizado, existe apenas um isolamento social marcado por um embotamento afetivo e uma pobreza do pensamento. O subtipo paranóide caracteriza-se por alucinações auditivas ou ideias delirantes dominantes, estando preservadas as funções de afeto e funções cognitivas. As ideias delirantes são habitualmente persecutórias, não respeitando o tempo e o espaço, potenciando a ansiedade, a raiva ou a indiferença. A pessoa pode apresentar uma postura de superioridade; de comando; de afetação; de formalismo ou uma extrema intensidade nas relações interpessoais. A temática persecutória pode predispor a pessoa a comportamentos suicidas e a combinação de ideias delirantes e de grandeza podem levá-lo a atos de violência. Alguns autores consideram que o prognóstico deste último subtipo é consideravelmente melhor do que os outros subtipos de esquizofrenia (DSM-IV, 1996).

A esquizofrenia não tem cura, mas tem tratamento. Existem vários tratamentos, desde o tratamento farmacológico, e o tratamento não-farmacológico como a psicoeducação; a Terapia Cognitivo-Comportamental; o Treino de Aptidões Sociais; a psicoterapia; a psicoeducação às famílias (já que estão muito envolvidas, sendo o seu apoio é fundamental), entre outras. Como defendem Campos (2009) e NICE (2009) é consensual a necessidade de abordagens integradas para a pessoa com doença mental grave, nomeadamente para a esquizofrenia, que incluam tratamentos biológicos e estratégias psicossociais focalizadas no utente, com o objetivo de alcançar recuperação; atingir a máxima integração comunitária; e promover uma melhoria na qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia.

1.3. Modelo Teórico de Betty Neuman

Em 1970, desenvolveu o seu Modelo de Sistemas em resposta à solicitação por parte dos alunos do curso de Graduação, na Universidade da Califórnia. O modelo surgiu no sentido de

proporcionar uma visão holística dos ser humano nas vertentes fisiológica, psicológica, sócio-cultural e de desenvolvimento.

Foi publicado pela primeira vez em 1972, na revista Nursing Research intitulado:

“A model for teaching total person Approach to Patient Problems”.

Publicou três edições do The Neuman Systems Model em 1982, 1989 e 1995.

Segundo GEORGE (1993, p.228) NEUMAN (...) “descreve o seu modelo como abrangente e dinâmico. O modelo é uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham *em constante interação com estressores ambientais*. Basicamente, o Modelo focaliza a reação do cliente ao stress e os fatores de reconstituição ou adaptação. É considerado um modelo adequado, tanto para a Enfermagem quanto para todas as profissões de cuidados à saúde (...).

Neuman, no seu modelo, dá relevo ao indivíduo como pessoa global passível de ser afetada por diversas variáveis e que se encontra em interação constante com o ambiente. Sustenta ainda que o Todo é diferente da soma das partes.

2 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1. Colheita de dados

➤ Identificação

- Nome: V.S.;
- Sexo: masculino;
- Idade: 51 anos;
- Nacionalidade: portuguesa;
- Naturalidade: Monte Estoril;
- Residência: Tires, Parede;
- Raça: caucasiana;
- Habilitações literárias: 2º ciclo;
- Estado Civil: solteiro;
- Profissão: reformado (desde Outubro de 2004);
- Pessoa de referência: Mãe;
- Agregado familiar: vive com a mãe, num anexo de vivenda.
- Religião: Católica

➤ História de Vida / História de Saúde

O Sr. V.S. é o mais velho de uma fratria de dois irmãos. Natural de uma freguesia do Monte Estoril, onde viveu desde sempre. Vive com a mãe num anexo de vivenda, num apartamento com 3 assoalhadas.

Refere que o pai abandonou a mãe quando este tinha três anos de idade. “Estava grávida da minha irmã” (SIC); diz que a mãe “passou muito” (SIC). Esta situação, agregada à sua hipoacúsia e consequente dificuldade nas relações interpessoais, conduziu a que a mãe optasse por ficar apenas com a irmã em casa, tendo ficado o V.S. num Colégio da Casa Pia, em Lisboa. “Levei muito tempo a adaptar-me ao colégio, porque ela não podia ter os dois filhos em casa. E eu tinha dificuldades por causa da audição e para conviver e desenvolver a fala.” Emociona-se. Conta ainda que estava com a mãe e irmã com frequência. O mesmo não acontecia com o pai, que raramente o visitava, apesar de morar perto, na Graça. A partir dos 15 anos passou o V.S. a visitá-lo na sua casa, dormindo lá, por vezes.

Tem o 2º Ciclo de escolaridade completo. Refere ter sido uma criança tímida, que se isolava dos colegas da escola. Refere ter abandonado os estudos muito cedo devido à hipoacúsia, e como consequência a “dificuldade em aprender” (SIC).

Trabalhou na área de carpintaria, durante 3 anos e como operário fabril, durante os 21 anos seguintes. Está reformado há cerca de três anos.

Já em idade ativa, voltou para casa da mãe. Nunca teve uma namorada. Conta que nunca se apaixonou. Aos vinte e dois anos, escreveu um anúncio na Revista Crónica Feminina para conhecer mulheres, “recebi 30 cartas e estive com duas mulheres para nos conhecermos; não sei porque não resultou... sou tímido; surdo...” (SIC).

Refere ter dois amigos, tendo um deles esquizofrenia; “uma doença como a minha” (SIC), e está reformado, tal como o V.S.. Costumam passear juntos e conversar. “Conheço muita gente, tenho pouca confiança com essa gente, porque a gente nunca sabe” (SIC). Tem ainda outros interesses como ouvir música; escrever; estar em locais ao ar livre, mas sem ruídos. Faz a leitura semanal do Correio da Manhã, para evitar os “sítios mais problemáticos”, e “para ter uma noção do que tenho à minha volta” (SIC).

O pai ainda vive na Graça, com uma companheira, com quem o Vasco tem uma relação cordial. Está com o pai com pouca frequência.

Como antecedentes pessoais apresenta a hipoacúsia, desde a infância, usando prótese auditiva à esquerda desde os 37 anos. Tem duas próteses, uma mais recente que a outra. Em casa uma a prótese antiga, por sugestão da mãe “para o outro não se molhar”(SIC). É acompanhado pelo técnico da loja de vendas dos aparelhos de audição.

Refere ainda ter apneia do sono, que lhe causa problemas de memória, “o oxigénio não chega bem ao cérebro e por isso não penso tão bem...esqueço-me das coisas”(SIC). Dorme à noite com ajuda de um aparelho, o CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). É seguido em Consulta de Pneumologia no Hospital Pulido Valente. Em 1976 sofreu uma intervenção cirúrgica ao ouvido esquerdo. Esteve internado em 2003 por pneumonia, no Hospital de Cascais e no Hospital de São José, durante 5 semanas. Em 2010 foi intervencionado cirurgicamente ao septo nasal. Apresenta excesso de peso.

Apresenta três internamentos psiquiátricos anteriores. O primeiro internamento foi aos 34 anos, em Julho de 1986, durante 2 meses. O segundo internamento decorreu no Hospital Miguel Bombarda, em 1989, durante uma semana. Refere ter tido alta, porque a mãe não quis que estivesse lá. “à terceira injeção vim logo para casa” (SIC). O terceiro internamento foi em 2009, no Hospital São Francisco Xavier, “era para tirar o medo” (SIC).

Reconhece o nome da sua doença, esquizofrenia, não sabendo completamente os sintomas que estão presentes atualmente. Embora reconheça os sinais de alerta (“quando começo a desconfiar mais das pessoas”; “quando oiço às vezes uma coisa e penso outra” (SIC)).

Como hábitos tabágicos apresentados, o V.S. iniciou aos 16 anos o consumo de 3 a 4 cigarros por dia, tendo aumentado para vinte cigarros por dia, a partir dos 17 anos de idade. Apresenta antecedentes de consumos etílicos, moderados. A partir de 2003, na sequência do internamento por pneumonia, abandonou por completo o consumo de tabaco e de álcool. Nega consumos de outras substâncias.

➤ **História da Doença Atual**

O Sr. V.S. apresenta a sua situação clínica estável. Apresenta ideias delirantes de conteúdo persecutório, em relação a pessoas desconhecidas com quem se cruza na rua e em relação aos vizinhos. Como consequência, apresenta alguns comportamentos desadequados: quando está na rua com os amigos a conversar, o facto de uma pessoa estranha passar junto deles proporciona que o V.S. pare a conversação; apresenta ainda uma mudança diária do seu trajeto nas saídas ao exterior, através da leitura e análise do Correio da Manhã, para evitar os “sítios mais problemáticos”, e “para ter uma noção do que tenho à minha volta” (SIC).

Adere ao programa terapêutico instituído, nomeadamente consultas de psiquiatria, de enfermagem e, mais recentemente, ao Grupo de Gestão do Stresse. Recentemente, recusou uma proposta da Equipa Comunitária da Parede, integração no Fórum, mas este não aceitou.

Tem como diagnóstico médico a Esquizofrenia Paranóide e encontra-se medicado com: Risperidona, cp, 3 mg (1+0+1); Lamotrigina, cp, 200 mg (0+0+1); Anatenso Decanoato, injeção; 12,5 mg (3 em 3 semanas). Toma ainda Dilamax (2 vezes ao dia); e Avamys (2 vezes ao dia).

➤ **Avaliação Física**

O Sr. V.S. apresenta estatura baixa. Idade real inferior à idade aparente. Apresenta ainda 80 Kg de peso; 1,67m de altura, com um IMC de 28,7 (excesso de peso), tendo aumentado cerca de 6 Kg. nos últimos meses. Apresenta visão corrigida e audição corrigida e diminuída. Desconhece alergias a fármacos e a alimentos.

➤ **Exame Mental no momento da primeira entrevista de enfermagem**

- Orientação: TE/AA - Sim.
- Consciência: Vigil.
- Memória: memória a curto, médio e longo prazo conservadas.
- Percepção: Não se apuram alterações.
- Pensamento: alteração do conteúdo. Ideias delirantes de conteúdo persecutório.
- Discurso e Linguagem: Alogia. Linguagem lógica.
- Insight e Juízo Crítico: apresenta juízo crítico. Não apresenta insight.
- Humor e Emoções: labilidade emocional.
- Aspecto e Comportamento:
Idade aparente: superior à real
Atividade Motora: sem alterações
- Atitude: colaborante
- Atenção: captável
- Vestuário e Higiene: cuidada

2.2. Percepção do utente e enfermeira

Percepção do Utente	Percepção da Enfermeira
O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?	
“é ficar surdo e não ter quem me resolva as coisas” (SIC). “A minha mãe é idosa e não sabe ler” (SIC).	Medo de perder a audição. Fraco apoio social.
Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?	
“Bastante, porque podia ser outra pessoa e sou diferente. Às vezes penso que é uma coisa e é outra” (SIC).	Apresenta crítica em relação à sua situação de saúde e as consequências de podem advir da mesma.
Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?	
“Afasto-me das pessoas que tentam enervar-me” (SIC).	Apresenta adesão do tratamento (participação nas consultas da Equipa Comunitária da Parede). Apresenta cuidados com o aparelho. A pilha dura entre 7 a 10 dias.
Como prevê o futuro em consequência da presente situação?	
“Pessimista” (SIC).	Negativista.
O que é que está a fazer para se ajudar a si mesmo?	
Nada.	Revela cuidar de si próprio; Revela boa imagem corporal, boa autoestima; Revela ainda boa adesão ao regime terapêutico instituído; Revela fortes vínculos com a Equipa Comunitária da Parede, nomeadamente Técnico de Referência (Enfermeira Isabel Landeiro).

O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si?

“Ter mais apoio da irmã. Visitava-me todos os dias no internamento. Mas ela também tem a vida dela” (SIC).

“Há muito tempo que não visito o meu pai. Ele visitou-me pela última vez há uns anos atrás”. “Recuperei bastante, porque via-os lá todos os dias” (SIC).

“Queria que me saísse o Euromilhões para ajudar os outros e comprar uma casa para mim. Preocupo-me mais com os outros.” (SIC).

Deseja melhorar as relações familiares, de forma a sentir maior apoio destes.

2.3. Recursos Pessoais

Apresento alguns recursos pessoais identificados pelo Sr. V.S. Considera-se uma pessoa com boa “autoestima” (SIC); que não tem “vícios” (SIC); “que gosta de conviver com outras pessoas, mas que tenham as mesmas intenções” (SIC).

Tem como projetos pessoais futuros fazer exercício físico, através da ginástica.

Além disso, identifico que apresenta gosto pela leitura e pela escrita. Gosta ainda de ouvir música, de passear ao ar livre e gosta dos seus sobrinhos.

2.4. Fatores de Stresse

Através da aplicação da lista de transtornos do dia-a-dia, os fatores de stresse identificados pelo Sr. V.S. são: problemas de condóminos e lidar com pessoas desagradáveis. Na sessão psico(socio)terapêutica, n.º 5 “Comunicação Assertiva” referiu também ter dificuldades no relacionamento com a mãe, sentindo “dificuldade em contrariá-la, pois ela não aceita a minha opinião” (SIC), sendo por vezes “desagradável”(SIC) na rua com ele e outras pessoas.

Como fatores de stresse identificados pela Enfermeira apresento:

• Fatores de Stresse Intrapessoais

- Esquizofrenia paranóide, desde os 34 anos, com três internamentos prévios e predominância de sintomas negativos (alogia e avolição) e positivos (ideias delirantes de conteúdo persecutório).

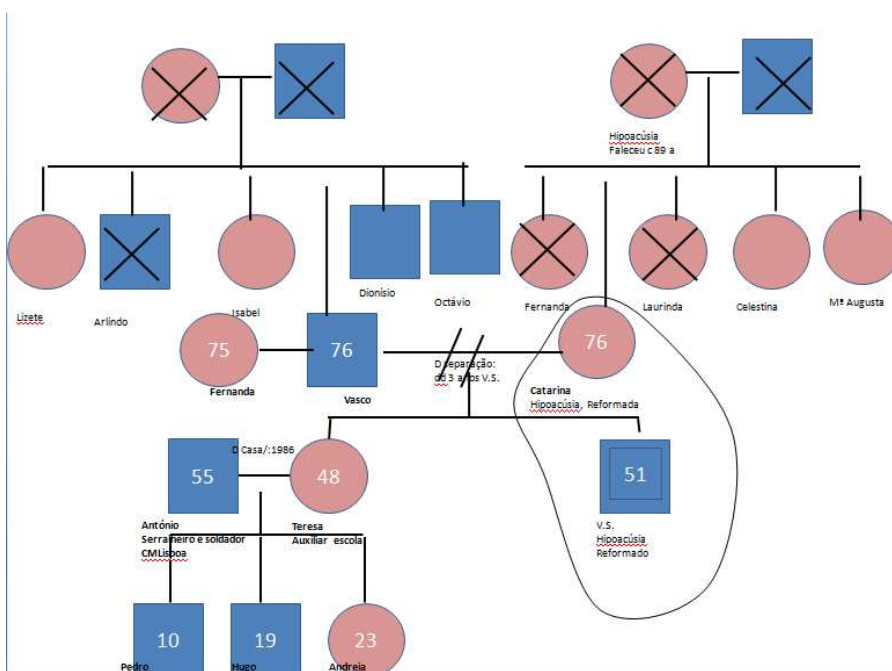
- Relação conflituosa com os vizinhos;
- Relação conflituosa com a mãe;
- Isolamento Social.

- Baixo rendimento (reforma de 465 euros).

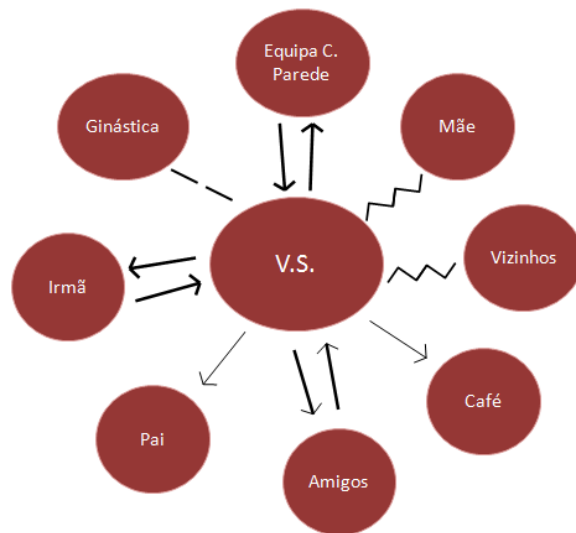
O Sr. V.S. apresenta como fatores protetores:

- Relação terapêutica com a equipa comunitária da Parede, especificamente com a Sra. Enfermeira Isabel Landeiro (Terapeuta de Referência);
- Boa adesão ao regime terapêutico instituído, incluindo a terapêutica;
- Conhecimento da doença, embora fraco reconhecimento dos sinais de alerta.

2.6.Genograma



2.7.Ecomapa



2.8.Plano de Cuidados

O plano de cuidados será elaborado com base na CIPE (ICN, 2005). Seguidamente, descrevo os diagnósticos de enfermagem identificados ao longo do acompanhamento na Equipa Comunitária da Parede, assim como as intervenções de enfermagem selecionadas, segundo a Classificação Internacional de Enfermagem.

Assim, foram levantados vários **focos**:

- Pensamento alterado;
- Conhecimento deficiente da doença;
- *Coping* ineficaz;
- Interação Social Comprometida;
- Excesso de peso presente;
- Sono alterado.

Os **diagnósticos de Enfermagem** levantados são

- Pensamento alterado, manifestado pela presença de ideias delirantes de conteúdo persecutório (“a gente nunca sabe...há pessoas muito mal intencionadas”), relacionado com a patologia de base.
- Conhecimento deficiente da doença, manifestado por conhecimento do nome da doença “tenho esquizofrenia” (SIC), mas conhecimento deficiente dos sinais de alerta e descompensação, “adoeci porque tinha excesso de confiança nas pessoas” (SIC);
- *Coping* ineficaz, manifestado por estratégias de coping de evitamento;
- Interação Social Comprometida, manifestada por permanecer grandes períodos em casa, relacionando-se ocasionalmente com dois amigos, relacionada com a sintomatologia produtiva da doença de base;
- Ansiedade presente, manifestada por inquietação e humor lábil; relacionada com a participação no grupo de Gestão do Stresse;

- Excesso de peso presente, manifestado por IMC de 28.7, relacionado com erros alimentares;
- Sono alterado, manifestado por insónia intermédia, verbalizando dormir cerca de 4h por noite;

Seguidamente, apresento as **intervenções de Enfermagem** levantadas:

✓ Promover Relação de Ajuda:

- Criar um clima de acolhimento e aceitação;
- Estabelecer uma relação de confiança e atenção positiva;
- Ter uma escuta ativa, escutar as preocupações do utente;
- Discutir com o utente as suas experiências emocionais;
- Auxiliá-lo no reconhecimento dos sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza;
- Comunicar verbalmente empatia ou compreensão da experiência do utente;
- Encorajar o diálogo ou o choro como meios de reduzir a resposta emocional;
- Apoiar emocionalmente.

✓ Atender (cuidar) nas ideias delirantes:

- Oferecer ao utente oportunidades para discutir os delírios com os cuidadores;
- Evitar discutir sobre as falsas crenças; esclarecer dúvidas de maneira simples;
- Evitar o reforço de ideias delirantes;
- Focar a discussão nos sentimentos subjacentes mais do que no conteúdo do delírio;
- Auxiliar o utente a evitar ou eliminar stressores que precipitem os delírios.

✓ Promover o *coping* eficaz:

- Avaliar a compreensão que o utente tem do processo de doença;
- Reconhecer os antecedentes espirituais e culturais do utente;
- Encorajar uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de ausência de controlo;
- Estimular a realização de atividades sociais;
- Estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos;
- Estimular o utente a identificar os seus pontos fortes e capacidades e a sentir-se bem com eles;
- Investigar com o utente métodos anteriores para lidar com problemas da vida;
- Avaliar as necessidades/desejos do utente por apoio social;
- Auxiliar o utente a identificar sistemas de apoio disponíveis;
- Orientar o utente sobre o uso de técnicas de controlo da ansiedade.

✓ Executar aconselhamento nutricional;

- Avaliar a ingestão alimentar e hábitos alimentares do utente;
- Identificar os comportamentos alimentares a serem mudados;
- Estabelecer metas realistas a curto e a longo prazo relativamente a alterações nutricionais;
- Oferecer informações, na medida das necessidades, sobre a necessidade de saúde de modificação da dieta: perda de peso; aumento da ingestão de líquidos;

✓ Executar terapia de grupo:

- Determinar o propósito do grupo e a natureza do processo de grupo;

- Formar um grupo de tamanho ideal: de 5 a 12 pessoas;
- Escolher os membros do grupo entre pessoas que desejem participar ativamente e assumir responsabilidades pelos próprios problemas;
- Determinar se o nível de motivação do utente é suficiente para beneficiar da terapia de grupo;
- Usar o desempenho de papéis e a resolução de problemas, quando adequado;
- ✓ Executar reestruturação cognitiva:
 - Ajudar o utente a compreender que a incapacidade de obter comportamentos desejáveis resulta frequentemente de autoafirmações irracionais;
 - Mostrar estilos de pensamento disfuncionais (ex: generalização; absolutismo);
 - Ajudar o utente a identificar uma emoção;
 - Ajudar o utente a identificar as suas próprias interpretações distorcidas dos stressores percebidos;
 - Ajudar o utente a reconhecer a irracionalidade de determinadas crenças comparadas à realidade;
 - Ajudar o utente a substituir interpretações com falhas por interpretações de situações, eventos e interações stressantes, baseadas na realidade.
- ✓ Promover o sono:
 - Determinar o padrão de sono/vigília do utente;
 - Determinar os efeitos dos medicamentos do utente sobre o padrão de sono;
 - Avaliar as circunstâncias físicas e/ou psicológicas que interrompam o sono;
 - Auxiliar a eliminação de situações stressantes antes da hora de dormir;
 - Orientar o utente a evitar alimentos e bebidas, à hora de dormir que interfiram no sono;
 - Orientar o utente quanto à promoção de estratégias de relaxamento (técnica de tensão-distensão e auto-massagem) ou outras maneiras não-farmacológicas de indução do sono.

➤ **Exame Mental no momento da última entrevista de enfermagem**

- Orientação: TE/AA - Sim.
- Consciência: Vigil.
- Memória: memória a curto, médio e longo prazo conservadas.
- Percepção: Não se apuram alterações.
- Pensamento: alteração do conteúdo. Ideias delirantes de conteúdo persecutório.
- Discurso e Linguagem: Discurso pobre. Linguagem lógica.
- Insight e Juízo Crítico: apresenta juízo crítico. Não apresenta insight.
- Humor e Emoções: eutímico.
- Aspeto e Comportamento:
Idade aparente: superior à real
Atividade Motora: sem alterações
- Atitude: colaborante
- Atenção: captável
- Vestuário e Higiene: cuidada

Seguidamente, apresento a **Avaliação** efetuada ao longo do período em que acompanhei o Sr. V.S., nas três Consultas de Enfermagem individuais e as sessões psico(sócio)terapêuticas de Gestão do Stresse.

O Sr. V.S. apresentou, ao longo deste período, uma evolução positiva de forma gradual. Revelou ter estabelecida uma relação terapêutica com a Enfermeira de Referência, facto que facilitou a aceitação do mesmo para a realização do acompanhamento efetuado por mim ao longo do estágio.

Nas sessões de Gestão do Stresse esteve presente em oito sessões, num total de nove sessões. Responsabilizou-se pelo seu tratamento, informando a sua ausência com antecedência. Foi sempre pontual, e por vezes, desenvolveu conversas com o restante grupo na sala de espera.

Ao longo do acompanhamento realizado, incluindo a participação no Grupo de Gestão do Stresse, revelou uma diminuição significativa da ansiedade; com melhoria do seu humor, passando a apresentar humor eufórico; uma diminuição na frequência de abordagem na temática delirante de conteúdo persecutório, tendo ainda apresentado uma melhoria na audição; uma postura mais relaxada; e uma expressão mais aberta e sorridente com maior à-vontade com as pessoas pertencentes ao grupo. Um bom exemplo disso, foi a sessão n.º 7, em que o Sr. V.S. se sentou junto de outros dois utentes e apresentou menores dificuldades na audição, sendo um hábito sentar-se junto de mim para me escutar melhor.

Apresentou ainda uma maior abertura para as dinâmicas sugeridas e participação mais ativa nas sessões de grupo. No entanto, o feedback positivo fornecido aos outros elementos do grupo foi muito reduzido, sendo que na sessão n.º 7 foi a sessão em que teve menor dificuldade, por estar em diálogo apenas com outro utente e não estar tão exposto ao restante grupo.

O Sr. V.S. não esteve presente na sessão n.º 6, com o tema “Técnica da Reestruturação Cognitiva”, que poderia ajudá-lo a por em causa algumas das distorções cognitivas apresentadas por si e a perceber as presentes nos restantes elementos do grupo. Individualmente, foi realizada a reestruturação cognitiva, para a qual o Sr. V.S. apresentou pouca crítica.

Em Consulta de Enfermagem individual foi avaliada a sua mudança de comportamentos quanto aos erros alimentares, verbalizando que estaria a ter mais cuidados com a alimentação, nomeadamente no número de refeições ingeridas diariamente e a quantidade de líquidos ingeridos. Mantém excesso de peso presente. Na última Consulta de Enfermagem individual realizada, foi detetado sono alterado, não me tendo sido possível avaliar a continuidade deste diagnóstico, sendo apoiado pela Sra. Enfermeira Isabel Landeiro.

Não foram ainda apuradas alterações de memória, apesar das queixas de falta de memória, relacionadas com a crença de “penso melhor se estiver com o Oxigénio colocado” (SIC). Questionado se não sentiria diminuição das capacidades cognitivas, dificuldade que identificou em si. Assim e no sentido de confluir um seu objetivo com o seu projeto de vida, incentivado a desenvolver com a Terapeuta de Referência e Médica Assistente os planos de ação para melhorar a sua saúde, nomeadamente para combater o isolamento social e melhorar estratégias de *coping*. Apesar da renitência inicial, com a verbalização de que a hipoacusia limita a realização destas atividades, foi sugerido que acompanhasse os restantes elementos do grupo a uma visita à Academia Sénior, situação que aceitou. Para além disso, denotei que estabeleceu laços de afinidade com dois dos elementos do grupo, encontrando-se com alguma frequência fora deste espaço terapêutico.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo de caso permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre uma doença mental grave onde a intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é fundamental. A pesquisa bibliográfica sobre o tema, o levantamento de diagnósticos e a definição de intervenções pretendem ser uma ferramenta importante no aperfeiçoamento dos cuidados especializados de enfermagem à pessoa que sofre de esquizofrenia.

Considero assim, e de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro), o desenvolvimento das seguintes competências: *“Ajuda a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”*, tendo-se revelado fundamental a utilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, na medida em que me permitiu compreender a história de vida do Sr. V.S., assim como identificar os seus recursos pessoais e fatores stressores, o que se evidenciou fulcral para o seu processo de tratamento. No que respeita à competência *“Presta cuidados de âmbito (...) psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*, sinto que o facto de ter desenvolvido intervenções psico(sócio)terapêuticas na implementação de estratégias de gestão do stress a um grupo de pessoas com doença mental, no qual esteve presente o Sr. V.S., me proporcionou conhecê-lo melhor e intervir de forma mais adequada, ajudando-o a alcançar um estado de saúde próximo do que deseja, de forma a conseguir realizar as suas atividades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório.

Concordo com Benner (2001) quando refere que as enfermeiras devem lembrar-se que os doentes têm muitas vezes a sua própria interpretação e a sua própria compreensão do seu estado. Dar-lhes a ocasião de se exprimirem nesse ponto, respeitando ao mesmo tempo a sua interpretação, pode ser um papel importante na experiência que o doente tem sobre a sua doença, assim como sobre a sua cura.

Assim, o enfermeiro dispõe de muitas intervenções psico(sócio)terapêuticas que podem ajudar a pessoa com doença mental grave a desenvolver estratégias de *coping* eficazes para lidar com situações de stress futuras e prevenir recaídas.

Foi-me possível integrar uma Equipa Comunitária com uma organização na gestão de cuidados, desconhecida por mim até então, pela existência do Terapeuta de Referência, em que as intervenções realizadas são variadas, articuladas e encadeadas no tempo. Como está patente no Documento de consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária (2009) o papel do Terapeuta de Referência diz respeito a: (a) Servir de interface entre a ESMC e a pessoa doente, a família e outras figuras significativas; (b) Centralizar a informação acerca do doente (sempre vertida num processo clínico único); (c) Desenhar, em conjunto com a pessoa doente e sempre que possível com a família, um plano de cuidados, que será discutido em reunião de equipa; (d) Monitorizar o percurso e a evolução da pessoa doente, ao longo do tempo; (e) Identificar, em cada momento, os problemas e necessidades do doente; (f) Referenciar, em reunião de Equipa, a pessoa doente ao(s) técnico(s) cuja competência específica (ou própria) mais se adegue a uma intervenção que responda aos problemas e ou necessidades identificadas.

A coesão da equipa e a metodologia de trabalho, são fatores de caracterizam o bom trabalho desenvolvido pela Equipa Comunitária da Parede e das quais retirei aprendizagens importantes.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Coelho, C. & Palha, A. (2006). *Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Campos, L. (2009). *Doença mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Volume1). Loures: Lusodidacta.

Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. União Europeia. Bruxelas.

Dalery, J. & D'Amato, T. (2001). *A Esquizofrenia – Investigações Actuais e Perspectivas*. Lisboa: Climepsi Editores.

D'Amours, G., Poissant, J., Desjardins, N., Laverdure, J. & Massé, R. (2008). Un modèle pour orienter les actions de promotion de la santé mentale et de prévention de troubles mentaux. *Promotion & Education*, 54-49.

ANEXO 8

Diário de Campo ECP

Jornal de Campo – Equipa Comunitária da Parede

Data: 30 Novembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. R.S. Apresenta-se à consulta de Enfermagem Depôt. 41 anos de idade, vive com os pais e sobrinhas. É mecânico de refrigeração. Está de baixa médica. No dia 6 de Dezembro irá ser intervencionado cirurgicamente (hernioplastia). Tem uma namorada há cerca de 4 meses, com quem deseja formar lar.	Apresenta-se com alguma inquietação, levando com frequência as mãos à cabeça. Ansiedade em grau moderado. Stressores intrapessoais: a Doença Mental Grave; sente-se mais vulnerável (“agora estou mais sensível”). Stressores interpessoais: relação conflituosa com o pai, “o meu pai perturba-me”. Stressores extrapessoais: baixo rendimento mensal por apresentar-se de baixa médica. Recursos pessoais: Através da aplicação de instrumentos de avaliação à vulnerabilidade ao stresse, apresenta um nível de vulnerabilidade média. Como estratégias de gestão do stresse (após conflito com o pai) apresenta sair de casa e ir para junto da namorada. Enfermeira sugere técnicas de relaxamento através da respiração profunda. Para situações de ausência de ocupação no dia-a-dia, incentivado a desenvolver atividades do seu interesse.

Data: 30 Novembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. V.C. Apresenta-se à consulta de Enfermagem Depôt. Teve alta do internamento há pouco tempo.	Aspeto cuidado. Contato restrito. Manifestações de stresse: tremores na perna direita. Refere apresentar insónia inicial. Stressores intrapessoais: a Doença Mental Grave; crenças erradas sobre a medicação, “a medicação provoca dependência”(SIC); Stressores extrapessoais: está desempregada; Recursos apresentados: apoio da Equipa Interdisciplinar da E.C.Parede (Médica, Enfermeira e Psicólogo) Através da aplicação de instrumentos de avaliação à vulnerabilidade ao stresse, apresenta um nível elevado de vulnerabilidade ao stresse. Dificuldade em reconhecer a sua vulnerabilidade ao stresse. Incentivada a integrar o Grupo de Gestão do Stresse. Pouco motivada, mas aceita. Apresenta como estratégias de Gestão do Stresse a procura de emprego e tem como projeto retomar a formação em Janeiro. A cliente apresenta baixo autoconhecimento, com estratégias de coping ineficazes.

Data: 30 Novembro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. C.P. Apresenta-se à consulta de Enfermagem Depôt. Apresenta Doença Mental Grave. Apresenta 45 anos. Vive em más condições habitacionais.	Apresenta aspeto pouco cuidado. Contato hostil. Discurso saltitante. Tom de voz alto. Pensamento alterado de conteúdo persecutório, manifestado por delírios de referência. Apresenta insónia total na noite anterior. Refere "Fiz uma direta, porque para levantar é um caso sério"(SIC). Refere estar a cumprir a terapêutica. Postura assertiva da Enfermeira, com no sentido de promover o estabelecimento de limites e de promover a perceção da sua situação de saúde/doença. Perante esta situação, em que o cliente se apresenta hostil perante a enfermeira de referência, e pouco recetivo a outras pessoas, eu mantive uma postura de observação.

Data: 30 Novembro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. R.R. Apresenta-se à consulta de Enfermagem Depôt. Apresenta Doença Mental Grave. Apresenta 32 anos de idade.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento alterado de conteúdo persecutório, manifestado por delírios de referência. Stressores intrapessoais: Doença Mental Grave; história de consumo de drogas. Apresenta baixa autoconfiança. Stressores interpessoais: dificuldades no relacionamento interpessoal. Stressores extrapessoais: desempregado. Recursos pessoais: reconhece as suas emoções, sentindo-se desanimado; reconhece a importância de estar bem mentalmente ("prezo a minha sanidade mental"). No passado, no seu trabalho por ser mal remunerado, adotou uma postura hostil, tendo sido despedido. No passado, perante o agravamento da doença, era agressivo com a família. Atualmente utiliza a fuga como estratégia de <i>coping</i> .

Data: 12 Dezembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. F.S. Apresenta-se à consulta de Enfermagem Depôt. Apresenta Doença Mental Grave. É casado.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Stressores intrapessoais: Doença Mental Grave; foi intervencionado cirurgicamente ao joelho, apresentando dores moderadas. Incentivado a realizar mobilizações ativas na perna e caminhadas. Stressores extrapessoais: está reformado há cerca de um mês. Sente-se "farto, saturado" (SIC). Recursos: boa relação com a esposa.

Data: 12 Dezembro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. A.F. Apresenta-se à consulta de Enfermagem Depôt. Apresenta Doença Mental Grave. Integrou durante um ano o Fórum Ocupacional das Ladeiras. É reformada bancária há 11 anos.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Apresenta anedonia, adinamia (sintomatologia negativa da doença). Tem como recursos pessoais: atividade de lazer, pintando em potes e em vitral. (ver registo processo clinico) Sugeri à Enfermeira explorar-se futuramente com a cliente a possibilidade de expor os seus trabalhos, elaborar um portfólio e eventualmente realizar uma exposição. Proposta para integrar Grupo de Gestão do Stresse, que a utente recusa.

Data: 14 Dezembro de 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. A.M. Apresenta-se à consulta de Enfermagem Depôt. Apresenta Doença Mental Grave.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Apresenta ansiedade em grau moderado, manifestada por tremor nas pernas e inquietação (não se senta), relacionada com odontalgia; medo de ter uma doença infetocontagiosa (necessita de levantar análises). A Enfermeira perante a situação estimula-a a retirar o casaco e a realizar respirações profundas (faz o treino de relaxamento, através da técnica da respiração profunda). Surte efeito. A Sra. A.M. senta-se e apresenta ansiedade em grau reduzido. Refere que o pai continua com mau feitio, sendo muitas vezes incorreto. Atualmente está a passar por um processo demencial, estando dependente nas AVD's. A Sra. A.M. conta que "já o pus no lugar" (SIC), não admitindo maus tratos por parte deste. Ultimamente tem mantido uma boa relação com o namorado, que a "respeita" e que "está mais generoso" (SIC). Sabendo o historial de abuso do namorado para a Sra. A.M. incentivada a proteger-se e a partilhar neste espaço as suas dificuldades. Refere participar nas atividades de lazer do Centro Comunitário, fazendo renda, com gosto. Nesta situação eu apresento uma postura de cooperação com a Enfermeira de referência, clarificando algumas verbalizações da cliente e reforçando as intervenções realizadas pela enfermeira. Sinto que foi uma aprendizagem muito proveitosa. Perante a ansiedade desta cliente, houve necessidade de despende mais tempo com a mesma, atrasando as outras consultas.

Data: 14 Dezembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. J.G. Consulta de Enfermagem Depôt.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Ideias delirantes de conteúdo místico. A Enfermeira denota aumento de peso. Incentiva o Sr. J.G. a pesar-se, com visível aumento do Índice de Massa Corporal. Promove a percepção do cliente para o aumento de peso e causas relacionadas com esse aumento e as consequências para a sua saúde. Incentivado a desenvolver estilos de vida saudável, nomeadamente exercício físico e alimentação. Tento explorar atividades de exercício físico do seu interesse e estimular o seu desenvolvimento (caminhadas). Dou sugestões de alimentação saudável, nomeadamente n.º de refeições por dia; confeções permitidas; alimentos a evitar.

Data: 14 Dezembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. S.F. Consulta de Enfermagem Depôt. A irmã faleceu a 30 Novembro, com cancro em situação terminal.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Tristeza presente. Começa por referir a tristeza que sente, por ter falecido a irmã. Tinha uma boa relação com esta irmã, tendo sido a pessoa que maior apoio lhe dava no passado. Atualmente está a viver em casa da irmã falecida. Tem, ainda assim, apoio da irmã mais velha e da prima. Prestado apoio psicológico no luto. Apresento uma postura de observação. Sinto-me emocionada com a perda deste cliente. Tenho dificuldade em lidar com a morte.

Data: 14 Dezembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. M.M. Consulta de Enfermagem Depôt.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Fácies triste. Está desempregado desde Julho de 2008, tendo desenvolvido funções de pintor de automóvel e bate-chapas. Refere ocupar-se nas tarefas de casa; no jardim e a fazer pedidos ao avô. Após a Enfermeira ter-lhe proposto integração no Grupo de Gestão do Stresse, recusa dizendo "não me interessa"(SIC). Intervenho, promovendo a auto percepção da sua situação atual, pela falta de ocupação e de projeto de vida. Exponho os benefícios que pode alcançar com a inclusão neste Grupo Terapêutico. Estimulamo-lo a preencher instrumentos de avaliação da vulnerabilidade ao stresse. Aceita, referindo que, apesar disso, não tem interesse em integrar o grupo.

Data: 19 Dezembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. M.A. Consulta de Enfermagem a pedido da cliente, mãe de J.C., seguido em Consulta de Enfermagem Depôt.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Apresenta-se ansiosa. Sente-se “afrita, porque gasto muito dinheiro na medicação que compro para o meu filho”(SIC). Traz consigo um saco grande com medicação e solicita ajuda da Enfermeira. Apoiada na gestão da terapêutica, separando medicamentos atuais do filho dos da restante família. Refere que “ele está a tomar a medicação, fica com os olhos encobradichos, inchados”...”mas come muito”....”tem mau feitio”...”começa a mandar vir comigo” (SIC). Refere que a sua neta foi fazer queixa do seu filho (queixa do J.C.) na Polícia. O seu marido irá ter hoje uma reunião com a Polícia do Monte Estoril. Sente-se ambivalente. Por um lado gostaria de encerrar a queixa, porque “agora já cumpre a medicação”(SIC). Chora, referindo sentir-se revoltada, porque ele a chama nomes. Sente que lhe deu tudo o que podia no passado. Enfermeira presta apoio emocional. Refere que perante uma vizinha chamou o filho de “desgraçado”, sentindo-se “arrependida” por isso. Atualmente tem acompanhamento psicológico, a próxima consulta de psicologia será a 5 de Janeiro. Tem antecedentes pessoais de doença oncológica. “Eu supero tudo...só não supero o meu filho me maltratar...a filha está mais saturada”. Prestado apoio psicoeducativo, no sentido da promoção de estratégias de assertividade e a manter a decisão da queixa na Polícia, com benefícios de prevenção do adoecer mental. Aceita as sugestões e agradece. Prestei apoio na Gestão da terapêutica. Realizado ainda apoio psicoeducativo, no sentido de diminuir a Emotividade Expressa.

Data: 19 Dezembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. L.L. Consulta de Enfermagem Depôt.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Apresenta-se calmo. Tremor nas pálpebras. Alguma lentificação psicomotora. Sente-se melhor. Refere estar a aderir à medicação na totalidade. Desde que frequenta o Fórum Ocupacional, sente-se “muito melhor” (SIC). Tem uma namorada com quem irá passar o Réveillon. Irá passar o Natal com os pais.

Data: 19 Dezembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. M.F. Consulta de Enfermagem Depôt.	Apresenta aspeto pouco cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Apresenta lentificação psicomotora. Sonolenta. Ideias delirantes de conteúdo persecutório. Apresenta isolamento social, relacionado com falta de confiança nas pessoas. No passado, foi usurpada de objetos na sua casa, por "falsas amigas"(SIC) e empregadas a dias. Estimulada pela enfermeira de referência a cuidar da sua imagem e a promover relações interpessoais satisfatórias. "Ninguém é de confiança"(SIC).

Data: 19 Dezembro 2011

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. V.C. Consulta de Enfermagem Depôt.	Aspeto cuidado. Contato restrito. Apresenta tremores na perna direita. Refere estar a frequentar aulas de condução, tendo realizado 12 aulas. Conta-nos "travo um pouco em cima...sou cautelosa" (SIC). Reconhece ansiedade nas aulas de condução. Incentivada a desenvolver estratégias de relaxamento, através da respiração profunda. Exemplificada e estimulada a experimentar connosco. Desenvolve a técnica com alguma dificuldade. De forma a poder aumentar a sua autoconfiança na condução, referido à cliente que com a prática ganhará mais autoconfiança. Refere que o curso das Novas Oportunidades começa em Janeiro de 2012. Estimulada a integrar o Grupo de Gestão do Stresse, no sentido de desenvolver competências para a gestão do stresse. Diz estar motivada e ter interesse.

Data: 4 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. S.F. Consulta de Enfermagem Depôt.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Tristeza presente, relacionada com o processo de luto pela irmã. Há cerca de uma semana fez extração dentária. Apresenta dor em grau intenso. Refere ter-lhe sido prescrito Antibiótico, Ibuprofeno e Clonix em S.O.S. Avaliamos que está a tomar o Antibiótico em jejum e o Clonix não está a tomar porque "É só em S.O.S.!Não posso tomar sempre!" Realizada psicoeducação relativa às indicações da medicação e desmistificando crenças erradas sobre o medicamento em S.O.S., tendo sido estimulado a tomar o Antibiótico após as refeições e o S.O.S. até 3 vezes ao dia. Estimulado a estar atento a possíveis infeções no dente após extração (ex: Alveolite) e a procurar ajuda médica caso aconteça. Mais tranquilo. Pensa não necessitar de ir à consulta de Medicina Dentária. Sinto que o facto de ter passado por um situação semelhante à do cliente, me facilitou na intervenção para com o mesmo. Sinto-me satisfeita por ter ajudado numa intervenção que diz respeito à gestão da terapêutica.

Data: 4 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. M.J. Consulta de Enfermagem Depôt.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Humor eutímico. Está desempregada. Despediu-se do anterior emprego (governanta), por ser "explorada", "fazia mais do que as minhas funções"; "não recebia ordenado há quase um ano" (SIC). Atualmente está a viver em casa de uma prima e está procura de emprego. Reforçada positivamente e fornecidas algumas estratégias na procura de emprego, nomeadamente compra de jornal e colocação de anúncios na Paróquia.

Data: 16 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. I.S. Consulta de Enfermagem Depôt. Doença Mental Grave. Refere ter passado bem o período das festas (Natal e Passagem de Ano), sem excessos. Relata que quando as outras pessoas a pressionavam “Não faças isso (beber); “faz outras coisas”; “estás a toda a hora a falar”, se sentia incomodada. “Eu bebia para dormir”(SIC). Atualmente, refere não consumir álcool. Mas acorda cerca das 4h da manhã para fumar um cigarro.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Humor eutímico. Vive com a irmã. Stressores intrapessoais: Antecedentes de dependência alcoólica; No passado, era criticada pela família por comportamentos causados pelo abuso de álcool. Atualmente, apresenta insónia intermédia presente, manifestada por verbalização de acordar cerca das 4h, relacionada com padrão de sono trocado e ansiedade por estar sem ocupação. Identificamos estratégias desadaptadas como fumar ao acordar. Estimulada a manter-se ativa durante o dia. Questionada de quais as atividades físicas tem gosto. Refere gosto pelo “jogging, aeróbica e futebol” (SIC). Questionados outros interesses, respondendo “antes gostava de ir à biblioteca” (SIC). Incentivada a realizar atividades que lhe dão prazer e durante o dia, de forma a conseguir gastar energias estando cansada à noite de forma a regular o seu padrão de sono habitual. Acréscimo que poderá procurar, se for do seu interesse, grupos de futebol feminino na Junta de Freguesia. Aparentemente motivada.

Data: 16 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. L.L. Consulta de Enfermagem Depôt. Doença Mental Grave.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Apresenta-se calmo. Tremor nas pálpebras. Alguma lentificação psicomotora. Após leitura do processo clínico do registo da última consulta de psicologia, percebo que apresenta medo de falhar, sendo que nas atividades de natação, por vezes, apresenta urgência urinária e acabando por urinar involuntariamente. Trás vestida a roupa do irmão. Stressores extrapessoais: relação conflituosa com os pais; Relação distante do irmão (pela separação física), “gostava que ele morasse lá em casa”(SIC); Stressores intrapessoais: baixa autoestima, comportamento de passividade com os pais (não solicita ajuda na compra de roupas necessárias e não manifesta o que lhe desagrada no comportamento dos pais, protegendo-os) e comportamento infantil (usa a roupa do irmão sem a sua aprovação). Refere que o dinheiro que os pais lhe dão é gasto nas saídas com a namorada.

	Estimulado a perceber que o facto de usar as roupas do irmão é um comportamento reprovável. Incentivado a solicitar aos pais ajuda financeira para comprar roupas. Incentivado a melhorar a sua gestão do dinheiro. Utilizada a estratégia de resolução de problemas.
--	--

Data: 16 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. M.S. Consulta de Enfermagem Depôt. “Chove em casa” (SIC). Refere que há cerca de três anos teve que fazer obras na casa (para impermeabilizar o teto). Refere não ter dinheiro para as obras, e que terá que fazer empréstimo.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Stressores intrapessoais: Antecedentes de abuso de álcool. Stressores extrapessoais: casa própria em más condições habitacionais; Fracas condições financeiras. Estimulada a agir rapidamente antes que a situação piore, de forma a prevenir uma situação mais grave.

Data: 16 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. L.G. Consulta de Enfermagem Depôt. Tem faltado ao Grupo de Gestão do Stresse. Refere estar ocupada por estar investida na procura de emprego. Respondeu a um anúncio de funções de copeira. Está desde 2ª feira a trabalhar, hoje é dia de folga. Refere que a patroa lhe disse que as suas funções seriam como copeira, para limpar vidros, lavar Wc. Sendo que a L.G. disse: “vou tentar/experimentar”. Amanhã vai a outra entrevista para fazer promoções num hipermercado. A sobrinha já está no infantário.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Pensamento organizado e com pressão. Discurso efusivo. Gesticula excessivamente. Estratégias de <i>coping</i> ineficazes: confronto. Incentivada a participar no Grupo de Gestão do Stresse, no sentido da aprendizagem para ter uma vida com mais saúde, nomeadamente através de Estratégias de Gestão do stresse (Resolução de problemas; Técnicas de Relaxamento e Treino da Assertividade). Refere estar motivada e querer participar na próxima sessão.

Data: 16 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. I.S. Consulta de Enfermagem Depôt. Dr. A. encaminhou a utente para a ARIA. Tem uma associação que diariamente vai a sua casa para apoiar na gestão da terapêutica.	Apresenta aspeto cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Apresenta aumento de peso. Peso: 75 Kg. Altura: 1,65. IMC= 28. Stressores intrapessoais: Antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus; Excesso de peso. Promoção de estilos de vida saudável: Incentivada a fazer caminhadas.

Data: 16 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. M.F. Consulta de Enfermagem Depôt. Refere “Já não tenho amigas”; “A maior parte das pessoas é uma podridão, não vale a pena ter amigos” (SIC). “Fico pior com a medicação, porque não posso andar”; “com o Lorenin a crise passa”; “sinto-me pior com o injetável, sinto uma angústia enorme” (SIC).	Apresenta aspeto pouco cuidado. Contato sintónico. Discurso coerente. Pensamento organizado. Apresenta lentificação psicomotora. Menos sonolenta que na última consulta de enfermagem depôt. Ideias delirantes de conteúdo persecutório. Stressores intrapessoais: Doença de base em fase sub-aguda. Enfermeira informa a cliente de que foi acionado o ambulatório compulsivo, se não comparecer ao tratamento, a PSP irá busca-la a casa. Stressor extrapessoal: isolamento social, relacionado com a doença. Enfermeira estimula a cliente a promover relações interpessoais satisfatórias.

Data: 23 Janeiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sr. A.L. Consulta de Enfermagem Depôt.	Apresenta irritabilidade, hostil na abordagem. Stressores intrapessoais: adesão ao tratamento ineficaz, relacionado com crenças erradas sobre a medicação; manifestado por falta às consultas de psicologia e enfermagem. Revela desinteresse, quer abreviar a consulta. Insatisfeito com a situação de isenção. “Até não pagando, escuso de vir aqui...se dessem rebuçados”, “venho aqui porque prontos, inventaram-me esta história” (SIC) A assertividade da Enfermeira assim como a centração na realidade, torna-se ainda mais importante em situações de hostilidade como esta.

Data: 1 Fevereiro 2012

Descrição Objetiva	Descrição Subjetiva
Sra. M. M. Consulta de Enfermagem Depôt. Refere sentir-se insatisfeita, com as relações familiares, por vezes estes desrespeitam-na. Embora tente ser assertiva, com estes, não tem sucesso, por ter uma postura de dependente. Deseja ter casa própria. Irá pedir ajuda à mãe. Marcada nova reunião com a mãe coincidente com a data da próxima consulta de enfermagem depôt.	Feito esquema de explicação à utente sobre o projeto de vida que pode desenvolver para si, de acordo com os seus desejos, metas e recursos. Incentivada a planear o futuro com pequenas metas/objetivos. Incentivada a frequentar o Fórum. Fica entusiasmada e motivada.

ANEXO 9

Grelha de Indicadores de Processo

Grelha de Indicadores de Processo - Participante 1

Sessão	Interagir e relacionar-se positivamente		Comunicação assertiva			Aceitar a responsabilidade da sua recuperação			Observações
	Partilhar uma experiencia	Dar feedback positivo	Escutar o outro	Não interromper o outro	Explicitar-se claramente	Assiduidade	Pontualidade	Coloca questões sobre os temas	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	Destaca-se pela capacidade de relacionamento com os outros elementos.
1	0	0	0	0	0	0	0	0	
2						1			
3	0	1	0	0	0	0	0	1	Voluntariou-se para partilhar o Ecomapa.
4	0	1	0	0	0	0	0	1	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	Relata situação em que foi agressivo: um sr. Vai a sua casa pedir-lhe ajuda no computador. Após 2 dias reconhece e vai a sua casa pedir-lhe desculpas e faz um pedido positivo (próxima vez telefona antes sff.) Voluntariou-se para o role-play.
6						1			
7	0	0	0	0	0	0	0	1	
8	0	0	0	0	0	0	0	0	

Legenda:

0 Sim
1 Não

Participante 1

Interagir e relacionar-se positivamente: evidenciou com grande frequência comportamentos de “partilhar uma experiência” e “dar feedback positivo”, demonstrando boas competências a este nível.

Comunicação assertiva: demonstrou ao longo das sessões ser detentor destas habilidades de escuta do outro; não interromper o outro e explicitação clara.

Aceitação da responsabilidade da sua recuperação: evidente na sua assiduidade e pontualidade (presente em sete das nove sessões, justificando com antecedência as suas ausências) e em quase todas as sessões registou-se que “coloca questões sobre os temas” com maior evidência positiva na sua participação.

Grelha de Indicadores de Processo – Participante 2

Sessão	Interagir e relacionar-se positivamente		Comunicação assertiva			Aceitar a responsabilidade da sua recuperação			Observações
	Partilhar uma experiencia	Dar feedback positivo	Escutar o outro	Não interromper o outro	Explicitar-se claramente	Assiduidade	Pontualidade	Coloca questões sobre os temas	
0	0	1	0	0	0	0	0	0	
1						1			
2	0	0	0	0	0	0	0	0	Muito renitente no início. Aceitou o desafio. Na dinâmica de grupo não interagiu. Ao longo da sessão, confortável e à vontade na interação. Situação que causa stress: Nega qualquer situação. Refere preocupação, medos com o facto de pensar no futuro “antevisão do futuro”, ter que viver só e e conseguir gerir o dia a dia. Sente medo.
3	0	1	0	0	0	0	0	1	
4	0	0	0	0	0	0	0	1	
5	0	0	0	0	0	0	0	1	Relata uma situação de conversa com os amigos, em que ambos teimam em “quem tem razão”. Aceita sugestões do grupo “mudar de assunto; capacidade de adaptação, pois as coisas não são 100% certas”, referindo que não é uma situação pertinente para o role-play.
6						1			

7	0	0	0	0	0	0	0	1	
8	0	0	0	0	0	0	0	0	

Legenda:

0 Sim
1 Não

Participante 2

Interagir e relacionar-se positivamente: evidenciou com grande frequência “partilhar uma experiência” e “dar feedback positivo”.

Comunicação assertiva: demonstrou ao longo das sessões ser detentor destas habilidades de escuta do outro; não interromper o outro e explicitação clara.

Aceitação da responsabilidade da sua recuperação: evidente na sua assiduidade e pontualidade (presente em sete das nove sessões, apesar disso, não justificou com antecedência as suas ausências); e em quase todas as sessões registou-se que “coloca questões sobre os temas” com maior evidência negativa na sua participação.

Grelha de Indicadores de Processo – Participante 3

Sessão	Interagir e relacionar-se positivamente		Comunicação assertiva			Aceitar a responsabilidade da sua recuperação			Observações
	Partilhar uma experiência	Dar feedback positivo	Escutar o outro	Não interromper o outro	Explicitar-se claramente	Assiduidade	Pontualidade	Coloca questões sobre os temas	
0	0	1	0	0	0	0	0	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	Participativo; Interessado e motivado.
2	0	0	0	0	0	0	0	1	Aceitou o desafio. Aderiu às dinâmicas. Interagiu com o grupo. Situação que causa stresse: Na noite de Natal senti-me posto de lado. Eu falava e eles não me ligavam, falavam para a pessoa ao lado. Falam mais comigo, mas quando estou só com uma pessoa. Sinto-me preterido e fico deprimido.
3	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	Relata uma situação com o pai, considerando a indiferença do pai. Sente-se rejeitado, e reage com agressividade. Sente culpabilidade ("sou a razão deste conflito"). Por ter sido a situação com que a maioria do grupo se identificou, foi a selecionada para o role-play. O José participou no role-play, com alguma dificuldade na assertividade.
6						1			

7	0	0	0	0	0	0	0	1	
8	0	0	0	0	0	0	0	0	

Legenda:

0 Sim
1 Não

Participante 3

Interagir e relacionar-se positivamente: evidenciou com grande frequência “partilhar uma experiência” e “dar feedback positivo”.

Comunicação assertiva: demonstrou ao longo das sessões ser detentor destas habilidades de escuta do outro; não interromper o outro e explicitação clara.

Aceitação da responsabilidade da sua recuperação: evidente na sua assiduidade e na pontualidade (presente em oito das nove sessões, justificando a sua ausência assim que possível); e em quase todas as sessões registou-se que “coloca questões sobre os temas” com maior evidência positiva na sua participação.

Grelha de Indicadores de Processo – Participante 4

Sessão	Interagir e relacionar-se positivamente		Comunicação assertiva			Aceitar a responsabilidade da sua recuperação			Observações
	Partilhar uma experiência	Dar feedback positivo	Escutar o outro	Não interromper o outro	Explicitar-se claramente	Assiduidade	Pontualidade	Coloca questões sobre os temas	
0						1			
1	0	1	0	0	0	0	0	0	Participativa; Interessada e motivada.
2						1			Julgou ser dia 27
3	0	1	1	0	0	0	0	1	
4						1			
5						1			
6						1			
7						1			
8						1			

Legenda:

0 Sim
1 Não

Participante 4

Interagir e relacionar-se positivamente: evidenciou com frequência partilhar uma experiência, contudo sem evidenciar “dar feedback positivo”.

Comunicação assertiva: demonstrou ao longo das sessões ser detentor destas habilidades de escuta do outro; não interromper o outro e explicitação clara.

Aceitação da responsabilidade da sua recuperação: pouco evidente na sua assiduidade e pontualidade (presente em duas das nove sessões, não partindo da sua iniciativa a justificação das suas ausências); e numa das sessões registou-se que “coloca questões sobre os temas”.

Legenda:

0	Sim
1	Não

Participante 5

Interagir e relacionar-se positivamente: evidenciou com grande frequência comportamentos de “partilhar uma experiência” e com frequência “dar feedback positivo”.

Comunicação assertiva: demonstrou ao longo das sessões ser detentor destas habilidades de escuta do outro (nomeadamente a partir da sessão 4); não interromper o outro e explicitação clara.

Aceitação da responsabilidade da sua recuperação: evidente na sua assiduidade e pontualidade (presente em oito das nove sessões, justificando com antecedência a sua ausência) e em quase todas as sessões registou-se que “coloca questões sobre os temas” com maior evidência negativa na sua participação.

Grelha de Indicadores de Processo – Participante 6

Sessão	Interagir e relacionar-se positivamente		Comunicação assertiva			Aceitar a responsabilidade da sua recuperação			Observações
	Partilhar uma experiência	Dar feedback positivo	Escutar o outro	Não interromper o outro	Explicitar-se claramente	Assiduidade	Pontualidade	Coloca questões sobre os temas	
0						1			
1	0	1	0	0	0	0	0	1	
2						1			Diz ter-se entretido a jogar e perdeu a noção do tempo
3	0	0	0	0	0	0	0	1	
4	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	0	0	0	0	0	0	0	1	Refere ter maior dificuldade em conhecer novas pessoas, nomeadamente em Iniciar Conversas. Na dinâmica dos balões-revela dificuldade em aceitar elogios, desvalorizando a importância de dar e receber elogios ("é pouco significativo")
6	0	1	0	0	0	0	0	1	
7	0	0	0	0	0	0	0	1	
8	0	0	0	0	0	0	0	0	

Legenda:

0 Sim
1 Não

Participante 6

Interagir e relacionar-se positivamente: evidenciou com grande frequência comportamentos de “partilhar uma experiência” e “dar feedback positivo”, demonstrando boas competências a este nível.

Comunicação assertiva: demonstrou ao longo das sessões ser detentor destas habilidades de escuta do outro; não interromper o outro e explicitação clara.

Aceitação da responsabilidade da sua recuperação: evidente na sua assiduidade e pontualidade (presente em sete das nove sessões, justificadas pela dificuldade inicial em integrar-se no Grupo) e em quase todas as sessões registou-se que “coloca questões sobre os temas” com maior evidência negativa na sua participação.

Grelha de Indicadores de Processo – Participante 7

Sessão	Interagir e relacionar-se positivamente		Comunicação assertiva			Aceitar a responsabilidade da sua recuperação			Observações
	Partilhar uma experiencia	Dar feedback positivo	Escutar o outro	Não interromper o outro	Explicitar-se claramente	Assiduidade	Pontualidade	Coloca questões sobre os temas	
0	0	1	0	0	0	0	0	1	
1	0	1	0	0	0	0	0	0	Tendência para estar ainda muito centrado na temática delirante de conteúdo persecutório; Refere melhoria da audição; Menos ansioso. Com reflexo na melhoria da concentração e atenção.
2	0	0	0	0	0	0	0	1	No início renitente. Aceitou o desafio. Apesar dos ruídos do ambiente, acuidade auditiva mantida. Interagiu com o grupo. Aderiu às dinâmicas propostas. Situação que causa stresse: Vizinhos ouvem conversas suas, incomoda-lhe o facto de que estes comentem coisas sobre si. Sente-se consternado.
3	0	1	0	0	0	0	0	1	Devido à hipoacúsia, inicialmente com dificuldade em realizar o Ecomapa (setas). Depois de explicado, compreendeu facilmente e alterou.
4	0	1	0	0	0	0	0	1	
5	0	1	0	0	0	0	0	1	Inicialmente, refere uma situação de conflitos com os vizinhos “mexericos”; “pessoas com o intuito

									de fazer mal”; Após o José referir a sua situação, identifica-se com o mesmo, revelando uma dificuldade com a mãe, em que tem dificuldade em contrariá-la, pois ela não aceita a sua opinião, sendo por vezes desagradável na rua com ele e outras pessoas.
6						1			
7	0	0	0	0	0	0	0	1	
8	0	1	0	0	0	0	0	0	

Legenda:

0 Sim
1 Não

Participante 7

Interagir e relacionar-se positivamente: evidenciou com frequência “partilhar uma experiência”, e com menor frequência “dar feedback positivo”.

Aceitação da responsabilidade da sua recuperação: evidente na sua assiduidade e pontualidade (presente em oito das nove sessões, e justificando com antecedência a sua ausência) e em quase todas as sessões registou-se que “coloca questões sobre os temas” com maior evidência negativa na sua participação.

Comunicação assertiva: demonstrou ao longo das sessões ser detentor destas habilidades de escuta do outro; não interromper o outro e explicitação clara.

ANEXO 10

Acontecimentos de Vida e Transtornos do Dia-a-dia Stressantes

Acontecimentos de Vida e Transtornos do Dia-a-dia Stressantes

Categorias	Acontecimentos de Vida e transtornos do dia-a-dia stressantes
Trabalho	Mudança de trabalho Dificuldades com chefia Perda do emprego Reconhecimento profissional Sentir-se sobrecarregado no trabalho Discussões no trabalho Desordem ou desarrumação no trabalho Tarefas laborais desagradáveis
Perda de suporte social	Morte de alguém da família Morte de um amigo Morte do cônjuge
Ambiente Familiar	Doença na família Separação Casamento Gravidez Nascimento na família Discussões em casa Não ter privacidade em casa Tarefas domésticas desagradáveis
Ambiente Social	Mudança de escola Mudança de casa Mudança do número de pessoas a morar em casa Desordem ou desarrumação em casa Lidar com pessoas desagradáveis Viver num bairro problemático ou perigoso
Dificuldades Pessoais	Problemas de saúde Mudanças de hábitos pessoais Mudanças de atividades sociais Mudanças de atividades recreativas Mudanças de atividades religiosas Acidentes Dificuldades sexuais Reforma
Dificuldades Financeiras	Perdas financeiras Dívidas Não ter dinheiro suficiente para as despesas básicas Não ter dinheiro para gastar em distrações
Datas importantes	Período de Férias Natal ou outras efemérides/datas

Adaptado por: Glória Toletti, Isabel Landeiro e Marta Gaspar.

ANEXO 11

Escala de Percepção do Stresse

ESCALA DE PERCEÇÃO DE STRESS

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar **com que frequência** você se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: “Nunca”; “Quase Nunca”, “Algumas vezes”; “Com muita frequência”; e “Muitas Vezes”

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Com muita frequência	Muitas vezes
1 No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente? *	A	B	C	D	E
2 No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida? *, **	A	B	C	D	E
3 No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”? *	A	B	C	D	E
4 No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas? (1)	A	B	C	D	E
5 No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida? (1)	A	B	C	D	E
6 No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais? *, **, (1)	A	B	C	D	E
7 No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria? *, **, (1)	A	B	C	D	E
8 No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer? *	A	B	C	D	E
9 No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações? *, (1)	A	B	C	D	E
10 No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor? *, (1)	A	B	C	D	E
11 No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo? *	A	B	C	D	E
12 No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo? (1)	A	B	C	D	E
13 No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar? *, **	A	B	C	D	E

(Adaptado de J. Pais Ribeiro & J. Marques, 2009)

ANEXO 12

Mecanismos de Adaptação Individuais

Mecanismos de Adaptação Individuais

Estratégia	Item
Confronto Descreve esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco	7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias
	17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema
	28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos
	34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado
	40. Procurei fugir das pessoas em geral
	47. Descontei minha raiva em outra (s) pessoa (s)
Afastamento Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação	6. Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa
	10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções
	13. Fiz como se nada tivesse acontecido
	16. Dormi mais que o normal
	21. Procurei esquecer a situação desagradável
	41. Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação
	44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela
Auto-controlo Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações	14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos
	15. Procurei encontrar o lado bom da situação
	35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso
	43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação
	54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo
Procura de Suporte Social Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional	8. Conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação
	18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas
	22. Procurei ajuda profissional
	31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema
	42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos
	45. Falei com alguém sobre como me estava sentindo
Aceitar a Responsabilidade Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas	9. Critiquei-me, repreendi-me
	25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos
	29. Compreendi que o problema foi provocado por mim
	48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar
	51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez
	52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema
	62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer
Fuga-Evitamento Descreve os esforços cognitivos e comportamentais	58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse
	59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam

desejados para escapar ou evitar o problema	
Resolução Planeada do Problema Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema	1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo
	26. Fiz um plano de ação e segui-o
	46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria
	49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário
Reavaliação Positiva Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa	20. Inspirou-me a fazer algo criativo
	23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva
	30. Saí da experiência melhor do que eu esperava
	36. Encontrei novas crenças
	38. Redescobri o que é importante na vida
	39. Modifiquei aspetos da situação para que tudo desse certo no final
	56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma
	60. Rezei
	63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo

A Preencher pelo Enfermeiro

Nome:

Descrição de situações vividas:

Mecanismos de Adaptação Individuais:

Enfermeiro:

Data:

Adaptado por: Glória Toletti, Isabel Landeiro e Marta Gaspar.

ANEXO 13

Questionário de Satisfação do Cliente

Questionário de Satisfação do Cliente “Programa de Gestão do Stresse”

Ajude-nos a melhorar o nosso programa respondendo, por favor, às seguintes questões. Estamos interessados em conhecer a sua opinião sincera, seja ela positiva ou negativa. Serão igualmente importantes os seus comentários e sugestões. Muito obrigada pela sua ajuda.

1. Como avalia a qualidade dos cuidados que recebeu?	1 Frac	2 Mediana	3 Boa	4 Excelente
2. Obteve o tipo de cuidados que pretendia?	1 Não, de todo	2 Pouco	3 Moderadamente	4 Sim, de certeza
3. Até que ponto o programa satisfaz as suas necessidades?	1 Nenhuma necessidade foi satisfeita	2 Algumas necessidades foram satisfeitas	3 Muitas necessidades foram satisfeitas	4 Todas as necessidades foram satisfeitas
4. Se um amigo seu necessitasse de uma ajuda semelhante, recomendaria este programa?	1 Não, de todo	2 Não penso que o faria	3 Sim, possivelmente	4 Sim, decididamente
5. Os cuidados que recebeu ajudaram a fazer face de forma mais eficaz aos seus problemas?	1 Não, pioraram	2 Não me ajudaram	3 Ajudaram-me um pouco	4 Ajudaram-me muito
6. De uma forma geral e global, a que ponto está satisfeito com os cuidados que recebeu?	1 Insatisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Satisfeito	4 Muito satisfeito

7. Se necessitasse de ajuda novamente, voltaria ao nosso programa?	1 Não, de todo	2 Não penso que o faria	3 Sim, possivelmente	4 Sim, decididamente
Comentários				
Sugestões				

Adaptado por: Glória Toletti, Isabel Landeiro e Marta Gaspar.

ANEXO 14

Planificação das intervenções

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 0

Tema: “Apresentação”

Data: 14 Dez. 2011

Horário: 15h

Duração: 60’

Local: Sala de Grupo da E. C. Parede

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar os participantes na sessão, assim como o tema e os objetivos da sessão.	Apresentação da formadora. Objetivos e duração e fases da sessão. Dinâmica quebra-gelo (cada pessoa com o novelo de lã na mão diz o seu nome e diz uma atividade que gosta de fazer e atira o novelo de lã para outra pessoa, ficando com um pedaço).	15’	Expositivo Activo	Formadora; Enfermeira Orientadora; Grupo de utentes, Sala de Grupo; Cadeiras; Ficha “Regulamento do Programa Terapêutico”; Ficha “Contrato Terapêutico do Programa”; Esferográficas; novelo de lã.
Desenvolvimento	Apresentar as regras de funcionamento deste Grupo terapêutico, assim como a temática e a metodologia associada a abordar ao longo do programa.	Solicitação ao grupo que identifique as regras de funcionamento deste Grupo Terapêutico (sigilo, assiduidade, pontualidade, telemóvel em silêncio/desligado, partilha/coesão, respeito, entre outros). Apresentação do regulamento do programa terapêutico assim como a sua formalização através do contrato terapêutico. Apresentação em traços gerais da temática metodologia associada a abordar nas próximas sessões. Entrega dos cartões-lembrete das sessões semanais. Preenchimento individual da ficha, com as questões “o que me preocupa mais” e “as minhas expectativas em relação a este programa terapêutico”. Momento de esclarecimento de dúvidas.	35’	Activo	
Conclusão	Encerrar a sessão; Avaliar a sessão.	Síntese dos principais conteúdos. Proposta de exercício para a próxima semana “Pensar em algo que me faz sentir bem”. Avaliação da sessão e do desempenho da formadora.	10’	Interrogativo	

REGULAMENTO DO PROGRAMA TERAPÊUTICO

“GESTÃO DO STRESSE”

Alguns estudos mostram que algumas pessoas com doença mental podem apresentar maior vulnerabilidade ao stresse e fracos recursos para lidar com o mesmo. Desta forma, torna-se importante a realização de intervenções psicoterapêuticas e educativas, focalizadas no desenvolvimento de estratégias de gestão de stresse, de forma a diminuir o seu impacto e prevenir as recaídas.

Assim, e no âmbito do Estágio do 2º Curso Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a estudante Marta Gaspar propôs um programa terapêutico intitulado “Gestão do Stresse”, dirigido à Pessoa com Doença Mental, a realizar na Equipa Comunitária da Parede, sob orientação da Sr.^a Enfermeira Isabel Landeiro e Sr.^a Professora Glória Toletti.

A integração neste Programa Terapêutico compreende um livre compromisso entre o utente e a equipa formalizado através da assinatura de um contrato terapêutico, que implica a aceitação e cumprimento dos aspetos a seguir explicados:

1. Os elementos da equipa técnica estão sujeitos a segredo profissional, do mesmo modo que o utente não deve divulgar o que se refere à vida pessoal dos outros utentes.
2. O programa terapêutico desenvolve-se por um período correspondente de 21 de Dezembro de 2011 a 8 de Fevereiro de 2012.
3. A frequência da realização das atividades é semanal, à quarta-feira, no período que decorre entre as 15h e as 16h30.
4. O utente terá que cumprir o horário e estar presente em todas as atividades planeadas no programa terapêutico.
5. Não são permitidas trocas, nem empréstimos de dinheiro ou objetos.

CONTRATO DO PROGRAMA TERAPÊUTICO

“GESTÃO DO STRESSE”

Nome: _____

Após ter tomado conhecimento do regulamento, declaro aceitá-lo, assim como o seu programa terapêutico “Gestão do Stresse”.

Data: ____/____/____

O Utente

O Técnico

PROGRAMA TERAPÊUTICO

“GESTÃO DO STRESSE”

O QUE ME PREOCUPA MAIS

AS MINHAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A ESTE PROGRAMA TERAPÊUTICO

NOME:

DATA:

PROGRAMA TERAPÊUTICO

“GESTÃO DO STRESSE”

	O QUE ME PREOCUPA MAIS	AS MINHAS EXPECTATIVAS
Participante 1	“A falta de objetivos de vida.”	“manter ou elevar o bem-estar.”
Participante 2	“Gestão do dia-a-dia, como gerir tarefas necessárias à realização de refeições, gestão doméstica-gerir a rotina diária.”	“Reter o conhecimento útil para melhorar a minha qualidade de vida.”
Participante 3	“Não tenho propriamente a ideia do que me preocupa mais.”	“São positivas, porque se não fizer bem, mal também não fará.”
Participante 5	“Adaptação a Portugal; Iniciar uma nova vida nesta fase da minha vida; carência afetiva; falta de objetivos.”	“Aprender com a experiência de cada um do grupo.”
Participante 7	“é a falta de respeito com o próximo e as pessoas não serem sérias com o próximo e mostrarem-se falsas.”	“Conhecer melhor os colegas da mesma doença, com as nossas virtudes e defeitos.”

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 1

Tema: “Stresse: Informações Gerais” **Data:** 21 Dez. 2011 **Horário:** 15h **Duração:** 90’ **Local:** Sala de Grupo da E. C. Parede

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar o tema, objetivos da sessão e programa; Promover a socialização; Estimular a autoafirmação no seio do grupo; Compreender as expectativas e necessidades de cada utente.	Apresentação da formadora; Objetivos, duração e fases da sessão; Receção aos utentes que integram o grupo pela primeira vez; Entrega das pastas do programa; Dinâmica de apresentação (com um balão a circular por todos os elementos, em que cada um nomeia: o seu nome; o seu nome e uma característica sua; o seu nome e algo que gosta de fazer; o seu nome e o nome a quem vai atirar a balão...); Propor O CONTRIBUTO DO GRUPO (fizeram); foi difícil?, alguém sentiu em stresse por saber que foi feita proposta para fazer em casa. Questionar se concordam ou não em manter-se este exercício) Analisar O CONTRIBUTO DO GRUPO (ENTRE-AJUDA): “Pensar em algo que o faça sentir bem.” Dinâmica de grupo (com música mexida cada um escreve algo que o faz sentir bem (etiqueta colada ao peito), deambula pela sala e é solicitado que se aperceba da sua e dos outros: será que eu também partilho o mesmo sentimento? A mim também me faz sentir bem? percebo que nunca tinha sentido isso... Há muitas coisas que há em comum.) Apresentação do programa em traços gerais e analisar em conjunto a sua relação com as necessidades de cada utente.	20’	Expositivo Ativo	Estudante; Enfermeira Orientadora; Grupo de Utentes Sala de Grupo Cadeiras; Pastas Programa; Quadro Branco; Marcador quadro; Computador com música; Esferográficas; marcadores; Suporte Escrita; Folhetos; Fichas; Ficha Avaliação

Desenvolvimento	Promover a partilha de conhecimento; Aumentar o conhecimento acerca da temática; Sensibilizar para o impacto do stresse no bem-estar; Promover o autoconhecimento, através da identificação de sinais de stresse; assim como o reconhecimento das causas de stresse na sua vida; Demonstrar e praticar uma estratégia para lidar com o stresse; Diminuição da tensão psíquica; Reflexão sobre o vivido.	Definição de Stresse; Tipos de Stresse; Vulnerabilidade ao Stresse; Causas do Stresse; Stresse vs Ansiedade; Manifestações do Stresse; Estratégias para Prevenir o Stresse; Estratégias para Lidar com o Stresse; Exemplificação de uma estratégia para Lidar com o Stresse (Exercícios de Relaxamento: Respiração Profunda e Exercícios de Tensão-Distensão); Registo no quadro branco (uma situação de stresse e como reage)	50'	Ativo	Sessão;
Conclusão	Promover a capacidade de memória e de síntese; Promover a realização de técnica de relaxamento individual; Criação de hábitos de relaxamento; Encerrar a sessão; Avaliar a sessão.	Síntese dos principais conteúdos (com entrega dos Folhetos “Gestão do Stresse” e “Relaxamento. Exercícios de Tensão-Distensão”); O CONTRIBUTO DO GRUPO (Diário de Gestão do Stresse); Avaliação da sessão e do desempenho da estudante.	20'	Interrogativo	

Diário de Gestão do Stresse

Data	Situações Geradoras de Stresse	O que sinto...	O que faço...
21 Dez. 2011	Sair de casa	Coração a bater rápido	Respiro fundo

Nome: _____

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 2

Tema: “Técnicas de Relaxamento”
e “Estratégia de Resolução de Problemas”

Data: 28 Dez. 2011

Horário: 15h

Duração: 90’

Local: Jardim da Parede

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar o tema, objetivos da sessão e programa; Promover a socialização e a autoestima.	Apresentação da formadora; Objetivos, duração e fases da sessão; Dinâmica de apresentação (de pé dispõem-se por ordem alfabética quando ao nome; cada um diz o seu nome e uma característica pessoal começada pela mesma inicial do seu nome).	20’	Expositivo Ativo	Estudante; Enfermeira Orientadora; Grupo de Utentes Espaço ao ar livre; Sacos de plástico; Pastas Programa; Esferográficas; marcadores; Folhetos; Fichas; Grelha Avaliação Sessão;
Desenvolvimento	Analisar o impacto da utilização das técnicas de relaxamento ao longo da semana anterior; Promover o relaxamento através de exercícios de tensão-distensão; Tomar consciência dos estados emocionais através do corpo; Diminuir algumas consequências do stress (ansiedade, agitação, agressividade); Proporcionar sensação de prazer e bem-estar.	Analisar o CONTRIBUTO DO GRUPO: Exercícios de Tensão-Distensão. Estratégia de Resolução de Problemas (problema comum selecionado pelo grupo). Identificação de uma parte do corpo que está mais tensa, associada ou não a uma emoção. Exercícios de Relaxamento: Respiração Profunda; Exercícios de Tensão-Distensão; Automassagem. Identificação de como sente essa parte do corpo que estava tensa, associada ou não a uma emoção. Partilha, reflexão e comentários dos elementos do grupo.	50’	Ativo	
Conclusão	Promover realização de técnica de relaxamento individual. Encerrar a sessão; Avaliar a sessão.	Reforço dos aspetos pedagógicos e ressignificação da experiência vivida em grupo; CONTRIBUTO DO GRUPO (propor o registo do Diário de Gestão do Stress; dos Exercícios de Tensão-Distensão e experimentar Exercícios de Auto-massagem - entrega do Folheto); Avaliação da sessão e do desempenho da estudante.	20’	Interrogativo Ativo	

ESTRATÉGIA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Os problemas fazem parte da vida de qualquer pessoa. Alguns são fáceis de resolver, causando pouco stresse. Outros podem apresentar maiores desafios, podendo resultar num stresse significativo.

Este **método estruturado passo a passo** pode ser utilizado por si ou por outros elementos da sua rede de apoio social (família, amigos, pares, profissionais) na resolução de problemas ou para alcançar objetivos.

1º Passo: defina o problema ou objetivo que gostaria de alcançar. Seja o mais específico possível: identifique o problema, as mudanças desejadas, os recursos que apresenta, as habilidades e qualidades que possui, experiências passadas

2º Passo: liste algumas soluções possíveis. Não avalie ainda se as soluções são boas ou más.

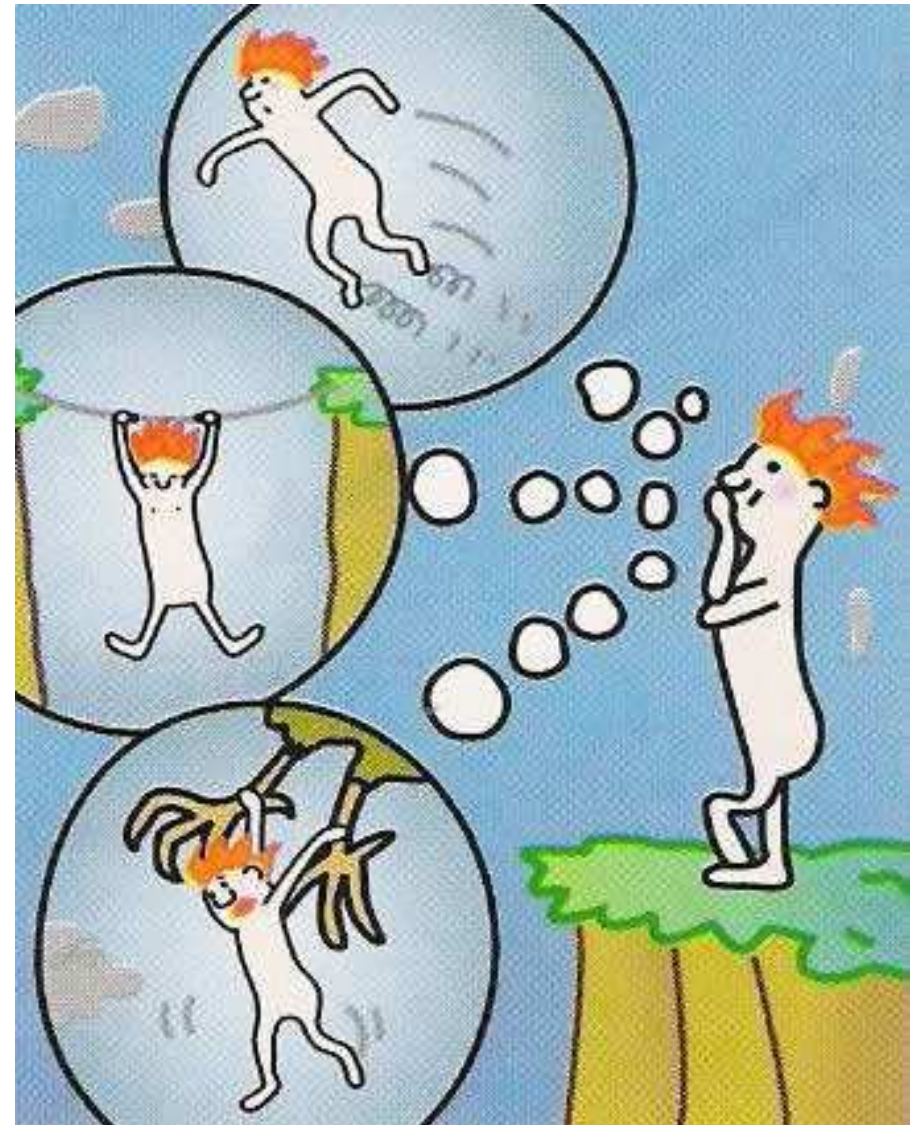
3º Passo: considere as vantagens e desvantagens para cada solução. Seja breve, mas dê uma hipótese a cada solução.

4º Passo: escolha a melhor solução ou conjunto de soluções. Qual a que tem maior probabilidade de resolver o problema ou atingir os objetivos? Qual a solução que pode ser levada a cabo?

5º Passo: planeie como executar a solução. Quem estará envolvido? Que passo será realizado por cada pessoa? Que recursos são necessários? Que obstáculos podem surgir e como ser ultrapassados?

6º Passo: Estabeleça uma data para avaliar como a solução está a funcionar. Centre-se primeiro nos aspetos positivos: o que foi alcançado, o que correu bem? Depois decida se a solução teve sucesso ou se é necessário revê-la ou escolher outra.

Quanto mais utilizar este método para resolver os problemas e alcançar objetivos, mais fácil se tornará a sua utilização.



PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 3

Tema: “Rede de Suporte Social”

Data: 4 Jan. 2011

Horário: 15h

Duração: 90’

Local: Sala de Grupo da E.C.Parede

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar o tema, objetivos da sessão e programa; Promover a socialização.	<u>Apresentação dos objetivos, duração e fases da sessão;</u> Dinâmica de grupo “Caça ao tesouro” (cada um deve encontrar uma pessoa que se encaixe num item e pedir a ela que assine o nome no cartão: 1. Alguém com cabelos castanhos; 2. Alguém que use óculos; 3. Alguém com a mesma cor de olhos que os seus; 4. Alguém que esteja com uma camisa/camisola da mesma cor que a sua; 5. Alguém cujo primeiro nome tenha mais de seis letras; 6. Alguém que goste de fazer caminhadas; 7. Alguém que goste de conversar com outras pessoas; 8. Alguém que tenha um animal de estimação (qual?); Partilha do vivido na interação (como se sentiram? Foi fácil?).	20’	Expositivo Ativo	Estudante; Enfermeira Orientadora; Grupo de Utentes
Desenvolvimento	Aumentar o conhecimento acerca da temática; Promover o autoconhecimento, através da avaliação da rede de Suporte/apoio social; Identificar estratégias para aumentar a Rede de Suporte Social; Promover a integração e reflexão sobre o lugar do prazer na relação com o outro.	<u>Avaliação do CONTRIBUTO DO GRUPO</u> (elogio de todos os esforços e resolução de todas as dificuldades verificadas) → Relembrar sessão anterior (Estratégia de Resolução de Problemas e Técnica de Relaxamento- Auto-massagem, a realizar no final da sessão); Esclarecimento de dúvidas; <u>Conceito de Rede de Suporte Social</u> (que relacionamentos estabelecem?, Quais são os relacionamentos que consideram serem de apoio); <u>Importância da Rede de Suporte Social</u> (Em que medida o apoio social é importante na vida? nos relacionamentos positivos prévios o que mais agradava e como beneficiava deles?, Relação entre a rede de suporte social forte e a maior facilidade em atingir os objetivos); <u>Estratégias para aumentar a Rede de Suporte Social</u> (estratégias para contactar com mais pessoas e para aumentar a qualidade dos relacionamentos); Preenchimento da <u>ficha</u> “Quem é importante para mim. Estas são as pessoas da minha rede de suporte social”. (descrição e ecomapa). Seleção de um voluntário para partilhar. Análise (as relações que me influenciam ajudam-me?, as relações que estão interrompidas podem se restauradas? Seria importante?).	50’	Ativo	Sala de Grupo Cadeiras; Pastas Programa; Computador portátil; Esferográficas; marcadores; Suporte Escrita; Fichas; Folhas brancas; Grelha Avaliação Sessão.

Conclusão	Promover o aumento do suporte social; Encerrar a sessão; Avaliar a sessão.	<u>Exemplificação de Exercícios de Relaxamento:</u> Respiração Profunda, Exercícios de Tensão-Distensão e Exercícios de Auto-massagem (tendo em conta as tensões sentidas); Reforço dos aspetos pedagógicos e ressignificação da experiência vivida em grupo; <u>CONTRIBUTO DO GRUPO</u> - Promoção do aumento da rede social; Avaliação da sessão e do desempenho da estudante.	20'	Interrogativo	
-----------	--	---	-----	---------------	--

Dinâmica de Grupo

1. Alguém com cabelos castanhos

2. Alguém que use óculos

3. Alguém com a mesma cor de olhos que os seus

4. Alguém que esteja com uma camisa/camisola da mesma cor que a sua

5. Alguém cujo primeiro nome tenha mais de seis letras

6. Alguém que goste de fazer caminhadas

7. Alguém que goste de conversar com outras pessoas

8. Alguém que tenha um animal de estimação (qual?)

Ficha

Material:

Cada pessoa recebe uma folha em branco e uma caneta.

Instruções verbais ilustradas em simultâneo por um exemplo, construído pelo animador no quadro em branco:

Desenhe um ponto (pequeno círculo) no centro da sua folha. Este ponto representa-o.

Agora, pense nas pessoas com as quais tem uma relação (mais intensa), seja boa ou má; pessoas com quem tem uma relação afetuosa, pessoas com quem deseja estabelecer uma relação mais próxima, pessoas com quem tem uma relação tensa, ou ainda outras (dar cerca de 2 minutos).

Nas extremidades da folha, desenhe tantos pontos (pequenos círculos?) quanto o número de pessoas em que pensou. Pode escrever junto de cada ponto o nome ou as iniciais do nome da pessoa, tal como eu vou fazer no meu exemplo.

Agora, partindo do ponto que o representa, ao centro, vai traçar linhas que o vão unir aos pontos periféricos, que representam as pessoas com quem tem uma relação, tal como vou exemplificar (deixar espaço na parte final das linhas, para posteriormente incluir as setas).

- a) Agora, identifique as pessoas que aprecia ou influencia, desenhando uma seta com a ponta para o exterior, assim (exemplifica);
- b) Identifique de seguida as pessoas que gostam de si ou o influenciam, e desenhe uma seta com a ponta para dentro, assim (exemplifica);
- c) Quando a relação com a pessoa é mutuamente correspondida, ou seja, gosta dessa pessoa e essa pessoa gosta de si, desenhe a seta no duplo sentido (exemplifica);
- d) Reconheça agora as pessoas com as quais tem uma relação tensa, difícil ou está mesmo cortada, trace uma linha curva sobre a linha reta que significa as barreiras presentes (exemplifique);
- e) Por fim, se existirem pessoas com as quais ainda não tem uma relação, mas que deseja vir a estabelecer, desenhe uma linha paralela à inicial, mas tracejada que significa o caminho a construir.

Fazer um grande painel afixando os desenhos e abrindo para a discussão do grupo.

Análise:

- a) As relações que me influenciam ajudam-me?
- b) As relações que estão interrompidas podem ser restauradas? Seria importante?
- c) As relações que desejo vir a estabelecer são plausíveis, que penso beneficiar com elas?
- d) Ficou fora do meu desenho algum parente mais próximo?

- Rede de Suporte Social -



Quais são as pessoas na sua vida que o(a) apoiam?

Que aspetos dos seus relacionamentos o(a) satisfazem?

Que aspetos dos seus relacionamentos gostaria de alterar?

Gostaria de ter mais apoio social?

Local	Já conheci pessoas neste local	Gostaria de ir a este local para conhecer pessoas
Escola/aulas (Ex: Academia Sénior)		
Local religioso (Ex: Igreja)		
Emprego		
Programas de Voluntariado		
Organizações na comunidade		
Centro de Dia		
Ginásio ou clube desportivo		
Jardins ou parques		
Museus		
Concertos		
Grupos de interesses especiais		
Livrarias/cafés		
Outros:		

Nome:

Data:

Adaptado por: Glória Toletti, Isabel Landeiro e Marta Gaspar.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 4

Tema: “Comunicação Assertiva”

Data: 9 Jan. 2011

Horário: 15h

Duração: 90’

Local: Sala de Grupo da E.C.Parede

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar o tema, objetivos da sessão e programa; Promover a socialização.	Objetivos, duração e fases da sessão; Dinâmica de grupo “Esferovite relaxante” (cada elemento procura na caixa com esferovite uma flor que terá o nome de outro elemento. Partilha da experiência: sensações.)	20’	Expositivo Ativo	Estudante; Enfermeira Orientadora; Professora Orientadora; Grupo de Utentes
Desenvolvimento	Aumentar o conhecimento acerca da temática; Promover o autoconhecimento; Modelar habilidades de comunicação assertiva (oralidade e corpo) com o outro; Expressar emoções pessoais em grupo; Tomar consciência da necessidade de gerir emoções como estratégia de bem-estar e alívio de tensão; Identificar e refletir sobre o impacto das palavras + e – em si, e na comunicação, nas emoções e no comportamento do outro.	Analisar o Contributo do Grupo (Respiração Profunda; Exercícios de Tensão-Distensão; Exercícios de Auto-massagem; Diário de Gestão do Stresse) Exemplificação de algumas técnicas de relaxamento; Esclarecimento de dúvidas; Visualização de um pequeno vídeo; Conceito de Comunicação Assertiva; Importância da Comunicação Assertiva; Estratégias para melhorar a Comunicação Assertiva (pedidos positivos, responder a críticas, dizer Não, pedir favores, aprender a discordar, iniciar conversas); Dinâmicas: Role-play (<u>situação de conflito selecionada pelo grupo</u>) Registo no quadro branco Partilha, reflexão e comentários dos elementos do grupo.	50’	Ativo	Sala de Grupo Cadeiras; Pastas Programa; Esferovite; Caixa grande; Flores em papel; Computador Portátil; Esferográficas; marcadores; Suporte Escrita; Fichas; Grelha Avaliação Sessão.
Conclusão	Promover o treino da assertividade; Encerrar a sessão; Avaliar a sessão.	Reforço dos aspetos pedagógicos e ressignificação da experiência vivida em grupo; Contributo do Grupo (Reflexão sobre como cada um vivencia a sua forma de comunicação); Avaliação da sessão e do desempenho da estudante.	20’	Interrogativo	

Assertividade

Visualização de dois pequenos vídeos:

Shrek

Ogre é agressivo quando: pega no burro e coloca-o de lado; quando grita “para de cantar, não admira que não tenha amigos”; “olha para mim., o quê que eu sou?” “sou um ogre! peça nas suas trouxas e saia. Não te incomoda isso?”;

Ogre é assertivo quando: “porquê você está me seguindo?”; perante a pergunta “quem ia querer morar num lugar como este?” Responde – “essa é a minha casa” e continua.

Burro é insistente e desadequado na abordagem ao ogre.

SpongeBob

Esponja tem um comportamento passivo quando:

Peixe senta-se em cima dele “desculpe sr, está sentado no meu corpo/cara”, sem sucesso “toca-lhe fazendo cócegas”.

Cobra leva-lhe o gelado que estava em cima do banco: vai incentivado pelo amigo “esse é o meu gelado”; “podes ficar com ele”- incongruência – apesar de querer o gelado, diz-lhe para ficar com ele”!

Amigo diz “tens que ser assertivo para teres o que queres!”, “és muito soft”. Tem uma atitude agressiva. Acaba por substituí-lo, fazendo a sua voz “chega aqui, Devolve-me o gelado, ou cada minuto será de dor e miséria”.

1- Conceito de Comunicação Assertiva

Auto-afirmativo

Passivo -----|-----Assertivo-----|-----Agressivo

Assertivo

Respeita os direitos dos outros e luta pela defesa dos seus próprios direitos.

Tem uma opinião expressa, mesmo que seja diferente da dos outros; de forma aberta, espontânea, o que propicia a que os outros a tenham em conta.

Manifesta as suas necessidades e solicita aquilo que precisa.

É verdadeiro; Usa uma linguagem transparente;

Relações assentes na confiança mútua; Em caso de conflito negocia com base no interesse mútuo.

Passivo

Permite que os seus direitos sejam ignorados e aceita facilmente as preferências de outra pessoa, mesmo que não sejam do seu agrado. Expõe-se a que os outros usufruam dos seus direitos.

Deixa que tomem as decisões por si e aceita facilmente as opiniões alheias, mesmo que contrárias às suas. Quando exprime as suas ideias/sentimentos fá-lo de forma tão apagada que leva a que discordem de si. Mantém relações pessoais insatisfatórias.

Medo de se envolver, submissão face aos outros. Tendência para evitar problemas.

Atitude de renúncia por interesse próprio; modéstia; medo de importunar.

Consequências: diminuição da autoestima; aceitação de tarefas pouco dignificantes; ressentimento contra o outro.

Agressivo

Exprime de forma hostil as suas preferências, por gestos e palavras, tentando levar os outros a obedecer-lhe. Não respeita os direitos dos outros. Quando é ameaçado tende a manifestar uma atitude de ataque, verbal ou física. Sente-se bem quando vence os outros. Gosta de conhecer as vulnerabilidades dos outros e utiliza-as para ao agredir nos pontos fracos quando julga que é oportuno.

Tem como objetivo dominar o outro. Contestação sistemática, hostilidade; autoritarismo, desconfiança; desprezo pelo outro; presença barulhenta.

2- Importância da Comunicação Assertiva

A pessoa com estratégias comunicacionais assertivas enfrenta com mais facilidade as situações que se podem tornar difíceis, quer libertando-se delas, quer criando condições para as evitar no futuro.

Todas as pessoas variam a sua atitude consoante os momentos e contextos e as pessoas com que se deparam. Contudo, as pessoas mantêm modos relativamente estáveis na comunicação. Cada pessoa tem que se munir de uma capacidade de adaptação que permita gerir melhor as relações.

A assertividade constrói-se! É importante treinar! Importância da comunicação verbal e não-verbal!

3- Estratégias para melhorar a Comunicação Assertiva

Partilha de cada elemento no grupo:

Identificar as situações em que sente mais dificuldades de autoafirmação (família, amigos, trabalho). Qual a mais difícil? Qual a mais fácil?

Alguns exemplos possíveis:

Responder a iniciativas dos outros: (recusar pedidos, resposta a críticas, resposta a elogios, manter uma conversa)

Tomar a iniciativa (iniciar uma conversa, pedir favores, aprender a discordar)

Dizer Não/Recusar pedidos

(Técnica do disco riscado. Responder de forma firme e delicada)

Dois amigos. Francisco pede dinheiro ao Pedro, pela 4ª vez, sem lhe ter pago o que devia. O Pedro, cansado do abuso do amigo, responde:

“Não to posso emprestar, pois preciso do dinheiro que tenho para os meus gastos de fim-de-semana”.

Francisco pede novamente: “Sabes bem que não to pediria se não estivesse sem dinheiro. Prometo-te que é a última vez que faço um pedido semelhante.”

Pedro: “Pode ser verdade tudo o que dizes, mas **não** te empresto o dinheiro. Preciso dele para o fim-de-semana.”

Francisco: “Como meu amigo, nunca pensei que fosses tão desumano. Não me podes deixar ir embora sem dinheiro.”

Pedro: “Posso ser desumano e um mau amigo, **mas** não te empresto o dinheiro, preciso dele para o fim-de-semana.”

Francisco desistiu e voltou-lhe as costas.

Responder a críticas

Crítica construtiva (centra-se no conteúdo verbalizado, representa uma opinião, não tenta impor pontos de vista. Serve para ajudar o próprio a considerar uma perspetiva diferente de dado problema) - útil, bem-vinda e aceite.

Crítica manipulativa (é fruto do estado emocional da pessoa que a emite e não uma reação adequada ao comportamento do outro. Não está centrada em aspetos específicos do comportamento, pois procura atingir a pessoa na sua globalidade.)

Exemplos: Marido que vai às compras e tratar de vários assuntos. A esposa tinha-lhe pedido para comprar amaciador para o cabelo, que tinha acabado. Ao chegar a casa dá-se conta do esquecimento. Antes de ser criticado, o marido antecipa-se e refere “tive tantas coisas para tratar que até me esqueci do teu amaciador, vê lá tu.” (deu a entender que o esquecimento não foi de propósito.)

Maria (um pouco invejosa da camisola nova da amiga) diz à Marta que acha que a camisola nova não lhe fica bem. Marta responde “pode ser que uma camisola diferente me fique melhor, mas que queres, gosto muito desta que ontem comprei!”

Resposta a elogios

Anabela foi felicitada pelo penteado que trazia, sorriu e respondeu “Obrigada, também acho que o penteado me fica bem”.

Manter uma conversa

- dar informação, fazendo um percurso superficial da conversa;
- descer em profundidade e revelar preferências
- mudar de tópico quando determinado assunto está esgotado ou se está a tornar desagradável

Dois vizinhos cruzam-se na entrada de casa, boa tarde. Referem “que dia desagradável, frio e chuva”. Pois é verdade, e logo hoje que queria plantar roseiras no meu jardim! - Ai sim, sabe gosto muito de roseiras! Sou jardineiro na Junta de Freguesia! - Ah, bela profissão! Tenho umas dúvidas sobre a manutenção de umas árvores. Se me pudesse dar umas dicas, um dia tomávamos um café! - Sim, claro! (ou sobre a junta de freguesia...alguém que trabalha lá, ou eu trabalho perto da junta freguesia...)

Iniciar conversas

Pode iniciar uma conversa, referindo-se a:

- Qualquer atividade comum
- Certo aspeto que lhe chame a atenção na aparência ou no comportamento do outro;
- Alguma coisa que a outra pessoa esteja a fazer;
- Pedir uma opinião ou um conselho ou partilhar um pormenor referente a qualquer ocorrência comum.

Se a pessoa sente necessidade/oportunidade de fazer uma crítica, deve fazê-lo de forma a não acumular ressentimento e de forma a dar feedback que pode ser útil para a modificação de comportamento.

- Começar e terminar com uma referência positiva a respeito da pessoa;
- Expressar o que sinto em relação a determinado contexto;

- Não ser dirigida ao indivíduo na sua globalidade, mas a aspetos específicos do seu comportamento;
- Solicitar modificações concretas;
- Falar numa voz neutra e não zangada.

Formular pedidos

- referir o assunto de forma clara e compreensível. Tom de voz que se oiça bem, com uma postura calma e um contacto nos olhos adequado, e ainda referir o motivo pelo qual está a pedir o favor.

Eu gostava que tu....(não me interrompesses enquanto eu falo). Isso fazia-me sentir..... (respeitado).

Hoje podes ... (ajudar-me a limpar a casa). Isso ajudava-me.... (a sentir-me menos cansada.)

Sempre que ... (...) Assim posso.... (...) Obrigado.

Aprender a discordar

- “Bem, o meu ponto de vista sobre este assunto é diferente, porque considero que....”;
- “já pensaste neste problema segundo este ângulo?”
- “Sinceramente, não gosto do que estão a propor porque....”

Ao ser interrompido

- “Deixe-me acabar que no fim já lhe respondo ao que pretende saber/está a mencionar.”

Saber pedir desculpas quando se erra.

Comunicação não-verbal

(Ver Livro Sequeira, J. (2007). *Desenvolvimento Pessoal*. Lisboa: Monitor, 5ª Edição)

Dicas

1. Saiba Escutar

Não aproveite o espaço em que o outro está a falar para clarificar as suas ideias e preparar a sua resposta. Em vez disso, ouça o outro atentamente e tente perceber as suas razões.

2. Controle-se

É fundamental «esfriar a cabeça», se quiser tratar do assunto de forma séria e assertiva. As técnicas de controlo do stresse podem ajudá-lo. Não aja sob impulso, ou poderá arrepender-se mais tarde.

3. Informe-se

Antes de acusar injustamente, procure informar-se sobre os factos. Poderá, então, preparar a sua argumentação com uma base sólida.

4. Dialogue

Não deixe acumular contenciosos. Trate do que tem a tratar, mas só um assunto de cada vez.

5. Seja Positivo

Procure ver o lado positivo das coisas e sugira soluções realistas e amigáveis para ambas as partes.

6. Seja Amigável

Evite expressões radicais «sempre» e «nunca», bem como humilhar o outro utilizando o humor, a ironia ou a crítica destrutiva.

7. Perceba o outro

Procure enquadrar os argumentos do outro de acordo com o respectivo quadro de referências e valores. A probabilidade de os seus valores também serem tidos em consideração aumenta.

8. Afirme-se

Refira-se a si próprio através de expressões como «eu penso», «eu sinto», «esta é a minha opinião», «esta é a forma como eu vejo a questão»; nunca através do «nós» despersonalizante.

9. Seja Positivo (mais uma vez)

Apresente várias alternativas para solucionar o assunto. Proporcionará assim, assim, maior liberdade de escolha para ambos.

10. Mostre as vantagens

Saliente os benefícios, para o processo, de se alcançar uma solução consensual.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 5

Tema: “Comunicação Assertiva”

Data: 18 de Janeiro de 2012

Horário: 15h

Duração: 90’

Local: Sala de Grupo da E.C.Paredes

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar o tema, objetivos da sessão e programa; Promover a socialização.	Objetivos, duração e fases da sessão; Dinâmica de grupo “Balões” (cada balão tem escrito um nome. Todos os balões estarão no ar até música parar. Quando pára, cada elemento apanha um que não tenha o seu nome e tenta adivinhar a quem corresponde, referindo o seu nome e uma característica pessoal do outro).	20’	Expositivo Ativo	Estudante; Enfermeira Orientadora; Grupo de Utentes Sala de Grupo Cadeiras; Pastas Programa; Computador Portátil; Balões Esferográficas; marcadores; Suporte Escrita; Fichas; Grelha Avaliação Sessão.
Desenvolvimento	Aumentar o conhecimento acerca da temática; Promover o autoconhecimento; Modelar habilidades de comunicação assertiva (oralidade e corpo) com o outro; Expressar emoções pessoais em grupo; Tomar consciência da necessidade de gerir emoções como estratégia de bem-estar e alívio de tensão; Identificar e refletir sobre o impacto das palavras + e – em si, e na comunicação, nas emoções e no comportamento do outro.	Esclarecimento de dúvidas; Exploração teórico-prática de Estratégias de para melhorar a Comunicação Assertiva, através da técnica de role-play (pedidos positivos, responder a críticas, dizer Não, pedir favores, aprender a discordar, iniciar conversas); Simulação de situações de conflito, selecionadas pelo grupo. Partilha, reflexão e comentários dos elementos do grupo.	50’	Ativo	
Conclusão	Promover o treino da assertividade; Encerrar a sessão; Avaliar a sessão.	Reforço dos aspetos pedagógicos e ressignificação da experiência vivida em grupo; Sugestão de Contributo do Grupo. Avaliação da sessão e do desempenho da estudante.	20’	Interrogativo	

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 6

Tema: “Técnica de Reestruturação Cognitiva”

Data: 23 de Janeiro de 2012

Horário: 15h

Duração: 90’

Local: Sala de Grupo da E.C.Parede

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar o tema, objetivos da sessão e programa; Promover a socialização.	Acolhimento na sala de grupo; Apresentação dos objetivos, duração e fases da sessão.	10’	Expositivo	Estudante; Enfermeira Orientadora; Grupo de Utentes
Desenvolvimento	Aumentar o conhecimento acerca da temática; Promover o autoconhecimento; Tomar consciência da necessidade de gerir emoções como estratégia de bem-estar e alívio de tensão; Modelar habilidades de comunicação assertiva (oralidade e corpo) com o outro; Identificar e refletir sobre o impacto das palavras + e – em si, e na comunicação, nas emoções e no comportamento do outro. Estimular cada utente para que altere os esquemas de pensamento desordenados e se veja a si mesmo e ao mundo de uma forma mais realista.	Resumo da sessão anterior; Esclarecimento de dúvidas. Simulação de situações selecionadas pelo grupo, através da técnica de role-play (1º: Pedro - iniciar uma conversa; 2º: João - manter uma conversa; 3º: António - dizer Não). Distorções cognitivas; Técnica de Reestruturação Cognitiva - Modelo ABC. Ficha das distorções cognitivas; Escolha de situação para realizar a Técnica de Reestruturação Cognitiva; Proposta de realização do Contributo do Grupo (Ficha “Técnica de Reestruturação Cognitiva”) Entrega da Ficha “Os seus legítimos direitos” (ler o 1º direito); Partilha, reflexão e comentários dos elementos do grupo.	70’ (30’+ 40’)	Activo	Sala de Grupo Cadeiras; Pastas Programa; Computador Portátil; Marcadores; Quadro Branco; Ficha “Técnica de Reestruturação Cognitiva”; Ficha “Os seus legítimos direitos”;

Conclusão	Promover o treino da técnica da reestruturação cognitiva; Encerrar a sessão; Avaliar a sessão.	Reforço dos aspetos pedagógicos e ressignificação da experiência vivida em grupo; Avaliação da sessão e do desempenho da estudante.	10'	Expositivo; Interrogativo	Grelha Avaliação Sessão.
-----------	--	--	-----	------------------------------	--------------------------------

Ficha “Distorções Cognitivas”

Tipos	Exemplos	N.º
Pensamentos do tudo ou nada	“Se eu não consigo concluir esta formação, não sou capaz de fazer nada na vida.”	1
	“Se a minha mãe não me dá atenção quando falo com ela, é porque não gosta de mim.”	2
Generalização	“Nunca sou capaz de fazer nada.”	3
	“Errei naquela situação. Faço tudo mal.”	4
	“Uma pessoa foi má para mim. Ninguém gosta de mim.”	5
	“Todos lá em casa acham que sou tolo.”	6
Catastrofização	“Tenho a casa num inferno, devido a problemas de canalização. Está um desastre! O meu tio ajudou-me nas obras.”	7
Desvalorização do lado positivo	“Eu sou chato e aborreço os meus amigos.”	8
Leitura da mente	Num grupo de amigos: “O Manuel está sempre a olhar para a porta e não me dirige a palavra. O Manuel é rude e está a ignorar-me.”	9
Raciocínio Emocional	“Eu sinto-me estúpido, por isso sou estúpido.”	10
Perfeccionismo	“Devia ter feito isto de forma perfeita.”	11
Reacção Exagerada	“Hoje comi aquele bolo de chocolate que tanto gosto, não segui o meu plano alimentar saudável. Logo, falhei no meu programa de nutrição.”	12
Auto-Culpabilização	“Uma vez que me esqueci do encontro de futebol com os meus amigos, sou uma pessoa má.”	13
Irreversibilidade	“Estou fisicamente fora de forma e será sempre assim.”	14
Personalização	“O professor é louco, porque eu tive uma nota fraca no teste.”	15
Absolutismo	“A minha vida não vale nada, porque o grande amor da minha vida me abandonou.”	16

Exercício:

De entre os vários exemplos aqui descritos, existe alguma situação com que se identifica? Existe alguma situação que é mais frequente em si? Existe alguma situação que o incomoda mais?

Nome:

Data:

Adaptado por: Glória Toletti, Isabel Landeiro e Marta Gaspar.

Ficha “Técnica de Reestruturação Cognitiva”

A. O que aconteceu?	<u>Descrição</u> do acontecimento (1)	
B. O que penso?	Como <u>interpreto</u> o acontecimento (Crenças)	
C. O que sinto?	(<u>Emoções</u> : Esperança; Felicidade; Orgulho; Amor; Gratidão; Compaixão; Alívio; Ansiedade; Medo; Cólera; Inveja; Ciúme; Culpabilidade; Vergonha; Tristeza,...)	
D. Análise dos Pensamentos	O que penso quando sinto esta emoção? O que tenho medo que possa acontecer? Se este pensamento é verdadeiro, o que diz sobre mim como pessoa; sobre a minha vida e sobre o meu futuro? O que aconteceu no passado quando enfrentei uma situação semelhante? O que isto significa sobre o que as pessoas pensam sobre mim? Qual é o pior resultado possível desta situação? Isto poderia realmente prejudicar-me a mim ou à minha família? Estou a olhar corretamente para esta situação? (Estou a subestimar a minha capacidade para lidar com a situação?; Estou a sobrestimar a probabilidade do acontecimento negativo ocorrer?) O que posso fazer para mudar a situação?	(2)
A. O que aconteceu?	<u>Descrição</u> do acontecimento (ver 1)	
B. Novo Pensamento	Novos pensamentos, resultantes das respostas à Análise dos Pensamentos (ver 2)	
C. O que sinto?	Como me sinto agora?	
Nome:		Data:

Adaptado por: Glória Toletti, Isabel Landeiro e Marta Gaspar.

OS SEUS LEGÍTIMOS DIREITOS

	Crenças erradas	Seus legítimos direitos
1.	É egoísta colocar as suas necessidades antes das necessidades dos outros.	Tem o direito de se colocar em primeiro lugar.
2.	É vergonhoso cometer erros. Deve ter uma resposta apropriada para cada ocasião.	Tem o direito de cometer alguns erros. Os erros são inevitáveis, principalmente quando se esforça em fazer algo novo ou original.
3.	Não consegue convencer os outros de que seus sentimentos são razoáveis, então os sentimentos devem estar errados, ou talvez esteja enlouquecendo.	Tem o direito de ser o juiz final dos seus sentimentos e aceitá-los como legítimos.
4.	Deve respeitar as opiniões dos outros, especialmente se eles estão numa posição de autoridade. Mantenha a sua opinião (se for diferente) para si mesmo. Oiça e aprenda.	Tem o direito de ter as suas próprias opiniões e convicções.
5.	Deve ser sempre lógico e consistente.	Tem o direito de mudar de ideias.
6.	Deve ser flexível e adaptar-se. Os outros têm boas razões para as suas ações e não é educado questioná-las.	Tem o direito de protestar contra o tratamento injusto ou crítica.
7.	Nunca deve interromper as pessoas. Fazer perguntas revela estupidez.	Tem o direito de interromper, a fim de pedir esclarecimentos.
8.	Perante situações difíceis, pense que as coisas poderiam ficar ainda pior. Não tente mudar para não piorar.	Tem o direito de negociar para a mudança.
9.	Não deve ocupar o tempo de outras pessoas com os seus problemas.	Tem o direito de pedir ajuda ou apoio emocional.
10.	As pessoas não querem ouvir que se sente mal, por isso deve guardar isso para si.	Tem o direito de sentir e expressar dor.
11.	Quando alguém dedica tempo a dar-lhe conselhos, deve levar isso muito a sério, pois elas estão corretas.	Tem o direito de ignorar os conselhos dos outros.
12.	Saber que se agiu bem é, por si só, a única recompensa. Pessoas bem-sucedidas são secretamente apreciadas e invejadas. Deve ser modesto quando elogiado.	Tem o direito de receber o reconhecimento formal de seu trabalho e suas realizações.
13.	Deve sempre tentar aceitar o que lhe propõem. Se não o fizer, eles não vão estar lá quando precisar deles.	Tem o direito de dizer "Não".

14.	Não seja antissocial. Se diz que prefere ficar sozinho, as pessoas vão pensar que não gosta delas.	Tem o direito de ficar sozinho.
15.	Deve sempre ter uma boa razão para tudo que sente e faz.	Tem o direito de não se justificar perante os outros.
16.	Quando alguém está em apuros, deve ajudá-lo.	Tem o direito de não assumir a responsabilidade pelo problema de outra pessoa.
17.	Precisa de ser sensível às necessidades e desejos dos outros, mesmo quando eles são incapazes de dizer o que querem.	Tem o direito de não ter que antecipar as necessidades e desejos dos outros.
18.	É sempre uma boa política tomar partido das pessoas boas.	Nem sempre tem de estar do lado das pessoas boas.
19.	Não é bom colocar as pessoas fora do contexto. Se for questionado, deve dar uma resposta.	Tem o direito de optar por não responder a uma questão.

Adaptado por Marta Gaspar, Glória Toletti e Isabel Landeiro de
<http://www.mindtools.com/stress/pp/Assertiveness.htm>

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 7

Tema: “Humor e Projeto de Vida”

Data: 1 Fev. de 2012

Horário: 15h

Duração: 90’

Local: Sala de Grupo da E.C.Parede

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar o tema, objetivos da sessão e programa; Promover a socialização; Promover o humor.	Objetivos, duração e fases da sessão; Dinâmica do Riso (aquecimento, rir de nada; respirar fundo; rir de si próprio; respirar fundo; rir para a pessoa com quem se cruzar; respirar fundo; fazer caretas para outra pessoa; respirar fundo).	20’	Expositivo Ativo	Estudante; Enfermeira Orientadora; Grupo de Utentes
Desenvolvimento	Aumentar o conhecimento acerca da temática; Consciencializar da importância da utilização do humor como estratégia de gestão do stresse; Aumentar conhecimento dos benefícios do humor; Experimentação de estratégias de utilização do humor; Aumentar o autoconhecimento; Priorizar desejos e objetivos com base nos recursos disponíveis; Aumentar as estratégias de Resolução de Problemas para aumentar a eficácia da concretização de objetivos;	A utilização do humor como estratégia de gestão do stresse; Informação dos benefícios do humor; Utilização do humor no dia-a-dia (O que me faz rir? Pense num momento, numa situação; em alguém; nalguma coisa....); Projeto de Vida (conceito e objetivos): Reflexão individual e registo em papel de, pelo menos, um objetivo de vida; Dinâmica de grupos (dois a dois partilham os seus objetivos e recebem feedback); Partilha de pensamentos, sentimentos e emoções.	50’	Ativo	Sala de Grupo Cadeiras; Pastas Programa. Esferográficas; marcadores; Suporte Escrita; Ficha “ Os seus legítimos direitos”; Grelha Avaliação Sessão.

Conclusão	Encerrar a sessão; Avaliar a sessão.	Reforço dos aspetos pedagógicos e ressignificação da experiência vivida em grupo; Leitura da ficha “Os seus legítimos direitos” (com entrega aos utentes que faltaram na última sessão); Avaliação da sessão e do desempenho da estudante.	20'	Interrogativo Ativo	
------------------	---	--	-----	------------------------	--

Portugueses sorriem cada vez menos

6 de Janeiro, 2012

A face neutra e o sorriso fechado são os tipos de expressão facial mais exibidos nos jornais diários portugueses durante o segundo semestre do ano passado, concluiu um estudo da Universidade Fernando Pessoa (UFP).

O estudo científico, realizado pelo Laboratório de Expressão Facial da Emoção da (UFP), após análise a 15.243 fotografias, demonstra também que os portugueses estão «a sorrir cada vez menos desde 2003», ano em que teve início.

Os resultados apontam que as mulheres, independentemente da idade, continuaram a sorrir mais do que os homens no ano passado, apesar do registo descendente acentuado em relação a 2010.

Segundo a análise, os homens apresentaram um sorriso mais fechado a partir dos 60 anos, enquanto as crianças são as que continuam a apresentar mais e frequentemente um sorriso largo, padrão que se mantém desde 2003.

Os resultados apontam também para uma diminuição «significativa» na exibição de qualquer tipo de sorriso e o aumento da expressão neutra em mulheres e homens.

No universo das fotografias analisadas verificou-se igualmente que a expressão facial de emoções negativas é mais frequente e intensa do que a de emoções positivas, padrão que se «acentuou expressivamente» no ano passado.

Ao longo dos primeiros oito anos de estudo, ficou comprovado que um dos moderadores da frequência e intensidade da exibição do sorriso é o contexto social, o que se verificou no caso português, pois a situação económico-social potenciou a inibição da expressão, sendo que o género e a idade são os outros dois moderadores, consideram os autores.

Segundo o Laboratório de Expressão Facial da Emoção, o sorriso é uma reação que se desenvolve em situações que envolvam o bem-estar e a felicidade e quando tal não se verifica, por motivos externos, o sorriso é «inibido e recalcado».

O estudo, que termina em 2013, faz parte de um projeto pioneiro a nível mundial e pretende analisar durante uma década o sorriso dos portugueses através dos jornais diários.

In http://sol.sapo.pt/inicio/Vida/Interior.aspx?content_id=38115

Benefícios do Humor

- Sensação agradável que proporciona vários benefícios;
- Só a expectativa de vir a ri aumenta:
 - A endorfina em 27% (substância natural produzida pelo cérebro que relaxa e dá prazer);
 - Hormona de crescimento em 87%.
- O efeito psicológico de ver uma hora de humor pode durar de 12 a 24 h;
- 20 segundos a ri equivalem a 3 minutos de exercício constante no ginásio;
- Os músculos da cara, tórax e abdômen relaxam-se e contraem-se com grande velocidade, melhorando o seu vigor;
- Rir faz bem à saúde;
 - Aumenta a circulação sanguínea; melhora a tensão arterial devido à vasodilatação das artérias; atua no sistema imunitário prevenindo gripes e constipações; reduz o stresse; ajuda na expressão de emoções negativas, como o medo, a tristeza e a raiva
- **Reduz o risco de doenças cardíacas:** Pesquisa revela que rir expande as paredes internas das artérias, aumentando assim o fluxo sanguíneo. Além disso, esse efeito positivo tem a duração de 30-45 minutos.
- **Quando você ri, o aumento do fluxo sanguíneo e a pressão arterial sobe, mas quando você parar de rir, a pressão arterial cai de volta à sua base.** Este efeito relaxante ajuda a reduzir a pressão arterial.
- **Natural analgésico:** Rir ajuda as pessoas a esquecer a dor. Estudos mostram que crianças assistindo filmes de comédia tolerar a dor com mais facilidade. Há muitos mais estudos para validar a dor alivia efeitos do riso bom.
- **Massaja os órgãos abdominais:** Barriga rir dá uma boa massagem para os órgãos abdominais, como fígado, rim, pâncreas, baço e glândulas suprarrenais. Como resultado, o fluxo sanguíneo é aumentado e seu funcionamento é melhorado.
- **Diminui o stresse:** Rir reduz o nível de imediato, os hormônios do stresse e, portanto, é uma das maneiras mais eficazes para reduzir os efeitos do stresse.
- **Trabalho interno:** Uma boa gargalhada exercícios do diafragma, os contratos do abdominais e até trabalha os ombros, deixando os músculos mais relaxados depois. Ele ainda oferece um bom exercício para o coração.
- **Ajuda a manter o diabetes sob controle:** Um estudo mostrou que as pessoas que assistiram a um vídeo engraçado refeição após ter comparativamente menor nível de açúcar no sangue do que aqueles que assistiram a um filme sério.
- **Faz você olhar os jovens:** Rir exige tanto como 15 músculos para apertar os músculos faciais para um sorriso. Este ato aumenta o fluxo sanguíneo ao redor do cara que faz você parecer mais jovem.
- **Melhora a respiração:** os risos esvaziam os pulmões de ar mais do que recebe, resultando em um efeito de limpeza, semelhante à respiração profunda. Isto é especialmente útil para pessoas que sofrem de doenças respiratórias, como asma.
- **Impulsiona o sistema imunitário:** Pesquisadores descobriram que o riso realmente estimula o sistema imunológico, aumentando o número de anticorpos que produzem células-T. Isso, então, torna-nos menos provável a tosses e resfriados. Também reduz os níveis de pelo menos quatro

hormônios que estão associados com o stress, então depois de um riso bom que você deve ser bem menos tenso e ansioso.

- **Um eficaz antidepressivo:** Afastam a depressão e a ansiedade, aumentando a produção de serotonina, um antidepressivo natural. Não é nenhuma surpresa que as pessoas com um bom senso de humor raramente ficam deprimidas. E se ficam, melhoram mais rapidamente.
- **Age como uma limpeza e energização respiração:** Durante o stresse, a respiração é superficial e há uma acumulação de dióxido de carbono e ar residual em nossos pulmões. Rindo profundamente, o ar sai para fora dos pulmões, até esvaziá-lo, seguido por uma inalação profunda. Assim, rindo várias vezes purifica e energiza o corpo com oxigênio fresco.
- **Dá um bom sono:** Um dos principais fatores responsáveis pelos problemas de sono é stresse e ansiedade. Ter uma boa risada antes de dormir reduz o stresse e a ansiedade, promovendo o sono profundo, repousante.
- **Oferece vários benefícios para a saúde psicológica:** Ela estimula a autoconfiança e dá força mental para lidar com os conflitos e desafios na vida. Também nos ajuda a sair de ansiedade e depressão. Além disso, melhora a saúde mental e ajuda a esquecer todas as tensões do dia-a-dia.
- **O riso é contagioso:** não só eleva o nosso espírito, mas também de outras pessoas ao nosso redor. A pessoa humorística levanta o espírito de todos em torno dela.
- **Melhora o seu relacionamento:** Se você estiver à procura de um parceiro novo, o riso vai ajudá-lo a encontrar um novo companheiro. Os homens amam as mulheres que riem na sua presença e as mulheres realmente riem 125% mais que os homens. E se você já estiver com alguém, um sentimento compartilhado de humor é um fator importante para manter seu relacionamento em funcionamento.
- **Ajuda a perder peso:** queimar calorias, rindo pode não soar como se tem muita utilidade, mas uma risada saudável aumenta a frequência cardíaca e acelera o metabolismo.

Rir faz mais por você do que uma massagem ou um banho quente poderia fazer. Não é difícil de fazer. Leva apenas alguns escutando sua parte. Também é livre, e é isso que as pessoas querem dizer quando dizem que as melhores coisas da vida são de graça. Você não paga nada para rir, mas os benefícios durar a vida inteira e não têm de ser revistos. Assistindo rir outras pessoas tem um efeito tão grande assim, a menos que seja a pessoa mais fria na terra. Assumindo que isso não é verdade, ri dos outros poderiam energizá-lo e animá-lo, mesmo se você não conhecer as pessoas que estão rindo. Isto é uma coisa que você vai querer pegar de outro.

Pense: num momento, numa situação; em alguém; nalguma coisa....

In <http://www.lifemojo.com/lifestyle/benef%C3%ADcios-para-a-sa%C3%BAde-de-rir-3065432/pt#ixzz1LtZfedFE>

<http://www.mayoclinic.com/health/stress-relief/SR00034>

Benefícios do Riso:

- 😊 Proporciona relaxamento físico e mental.
- 😊 Seguimos as nossas emoções e transforma-as.
- 😊 Oxigenamos o corpo através da gargalhada.
- 😊 Alívio de sintomas de stresse, desgaste, ansiedade e ataques de pânico.
- 😊 Prevenção de estados depressivos.
- 😊 Renovação da motivação e do estado de espírito.
- 😊 Maior desempenho a nível pessoal e profissional.
- 😊 Aumento de energia e resistência ao stresse.
- 😊 Enriquecimento da qualidade e equilíbrio entre vida e trabalho.
- 😊 Aumento da criatividade e humor.
- 😊 Maior capacidade de reter e relembrar informação.
- 😊 Grande entusiasmo e participação em sessões interativas.
- 😊 Proporciona sensação de bem-estar durante todo o dia.
- 😊 Aprendemos a trazer um sorriso na nossa cara.
- 😊 Ajuda a ultrapassar as inibições de cada um.
- 😊 Desenvolve a autoconfiança e as qualidades de liderança entre os participantes.
- 😊 Favorece as relações humanas, familiares e amigos.
- 😊 Ajuda a melhorar problemas cardiovasculares e problemas respiratórios.
- 😊 Transformamos emoções como a raiva, o medo, os ciúmes ou a tristeza em emoções positivas como amor, amizade, perdão e compaixão.
- 😊 O riso conecta o corpo, a mente e a alma e nos conecta com outros seres humanos.
- 😊 É uma meditação ativa que reequilibra o nosso corpo e a nossa mente.
- 😊 Facilita a digestão.
- 😊 Passamos do sistema simpático ao parassimpático.
- 😊 Favorece a segregação de endorfinas.
- 😊 Prevenção de cancro devido à oxigenação das células do nosso corpo.
- 😊 Limpamos os pulmões porque eliminamos dióxido de carbono.
- 😊 Método recomendado por cardiologistas.

In <http://www.escoladoriso.com/content/blogcategory/13/70/index.html>

BENEFÍCIOS DO YOGA DO RISO

São muitos e de várias ordens. Começa por melhorar a saúde de uma maneira geral, o que traz mais qualidade de vida e bem-estar a quem o pratica. Através do Yoga do Riso gere-se eficazmente o stresse, uma vez que se passa do estado de alerta (stress) para o estado descontraído (zen). Através do Yoga do Riso resgata-se com sucesso a nossa “criança interior” que, com o passar dos anos vamos esquecendo que existe, acabando muitos de nós por a deixar morrer.

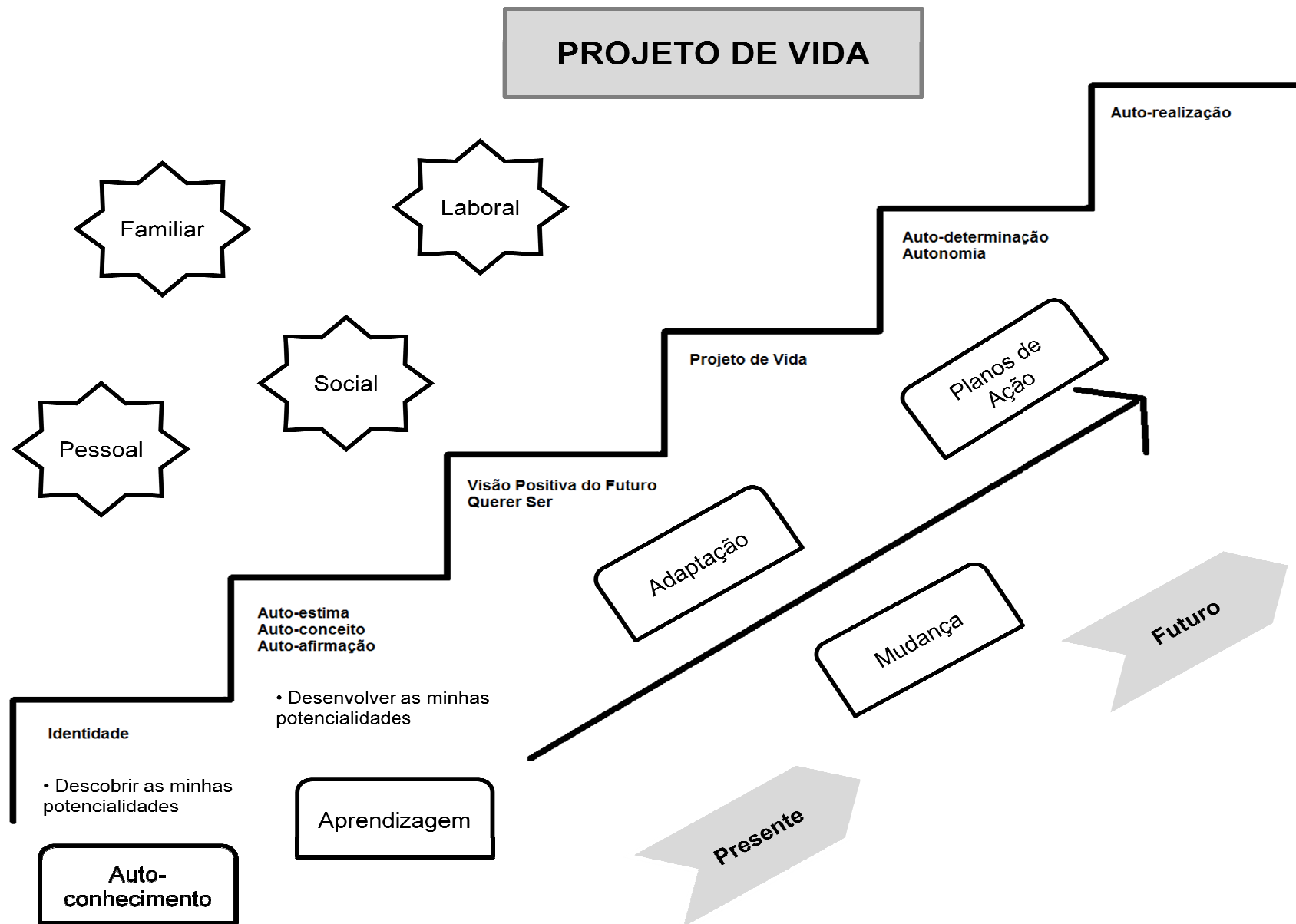
Benefícios a nível físico

01. Aumenta o nível de oxigénio no organismo
02. Liberta endorfinas (morfina natural do organismo)
03. Melhora o sistema respiratório e cardiovascular
04. Aumenta a resistência física, pois o sistema imunitário é fortalecido
05. Sensação de bem-estar
06. Regula o peso

Benefícios a nível psicológico

01. Aumenta a autoestima
02. Combate a ansiedade
03. Transmuta as emoções menos boas
04. Previne os estados depressivos
05. Repõe a energia de uma forma geral
06. Benefícios sociais
07. Aproxima as pessoas. Ninguém é capaz de estar zangado junto de alguém que ri.
08. A qualidade de vida no trabalho sai fortalecida, e o desempenho profissional é o primeiro a dar conta disso mesmo
09. Melhora as relações humanas de uma forma geral.

In <http://www.freesoul.com.pt/index.php?p=beneficios>



PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO – Sessão 8

Tema: “Projeto de Vida e Despedida”

Data: 8 Fev. de 2012

Horário: 15h

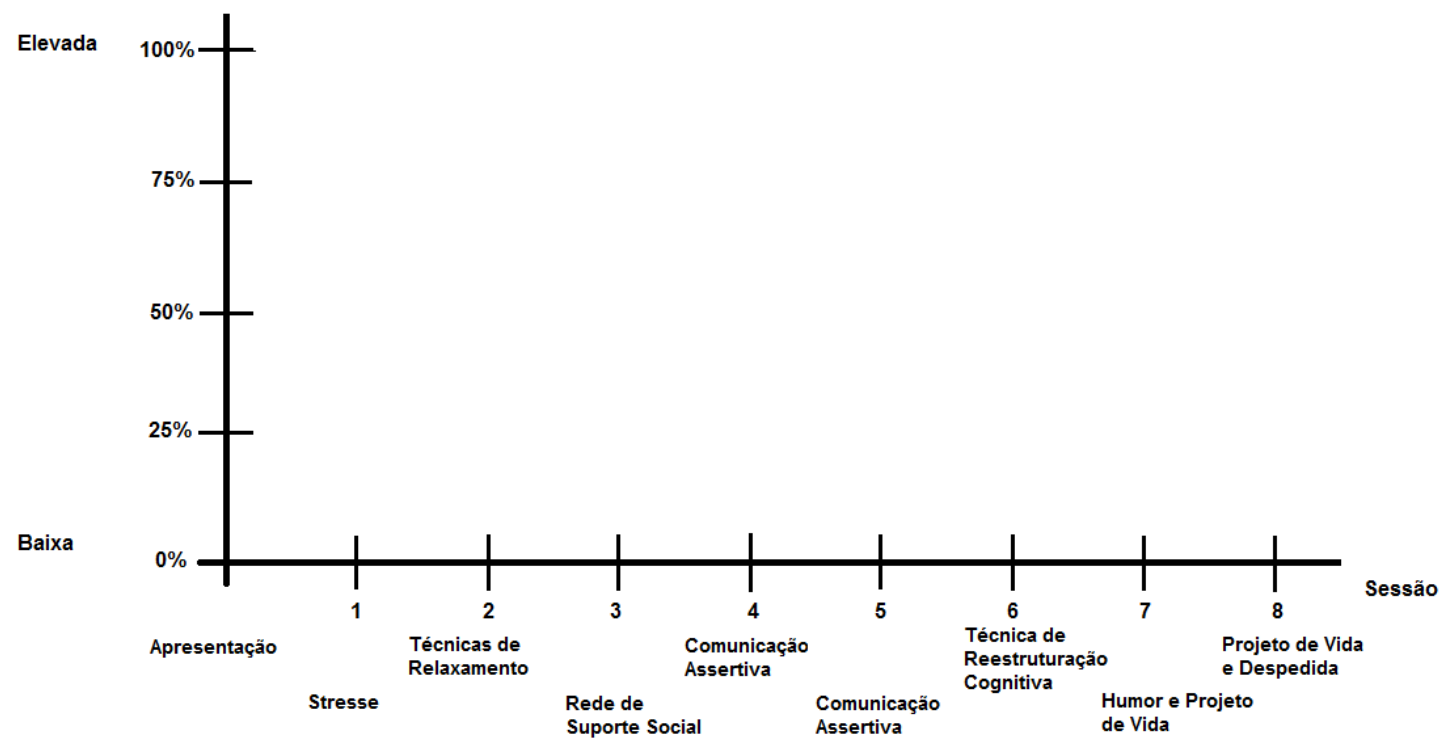
Duração: 120’

Local: Sala de Grupo da E.C.Parede

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos
Apresentação	Apresentar o tema, objetivos da sessão e programa; Promover a socialização; Promover a autoestima.	Objetivos, duração e fases da sessão; Dinâmica de grupo (cada elemento se apresenta, dizendo uma característica sua e fazendo um gesto, em que todos o repetem de seguida, e assim sucessivamente).	20’	Expositivo Ativo	Estudante; Enfermeira Orientadora; Grupo de Utentes Sala de Grupo Cadeiras; Pastas Programa.
Desenvolvimento	Aumentar as estratégias de Resolução de Problemas para aumentar a eficácia da concretização de objetivos; Promover o feedback positivo; Evidenciar o balanço do percurso, das aquisições/ganhos e mudanças; Evidenciar memórias e momentos positivos; Identificar impactos positivos no funcionamento global de cada elemento; Destacar a satisfação que emergiu da concretização de uma etapa (Grupo de Gestão do Stresse).	Projeto de Vida (remeter para a reflexão e partilha realizada na sessão anterior. Reflexão e debate em grupo de cada elemento individualmente). Elaboração do Gráfico “A Linha da Minha Vida no Grupo de Gestão do Stresse”. Reforço dos aspetos pedagógicos e ressignificação da experiência vivida em grupo (com entrega de certificados e pastas com todo o material compilado).	70’	Ativo	Esferográficas; Canetas de feltro; lápis de cor; Folhas brancas; Suporte Escrita; Fichas “Gráfico: A Linha da Minha Vida no

Conclusão	Evidenciar emoções positivas; Despedida e encerramento do grupo com atribuição de sentido de “âncora” ao material produzido e ali compilado.	Dinâmica de encerramento (Cartões com nomes, que são sorteados e cada elemento escreve/desenha um desejo a outro elemento). Partilha de pensamentos, sentimentos e emoções. Avaliação individual do programa “Questionário de Satisfação do Cliente”. Avaliação da sessão e do desempenho da estudante.	30'	Interrogativo Ativo	Grupo de Gestão do Stresse”; Certificados; “Questionário de Satisfação do Cliente”; Grelha Avaliação Sessão.
-------------------------	---	--	------------	----------------------------	---

O GRÁFICO “A Linha da Minha Vida no Grupo de Gestão do Stresse”



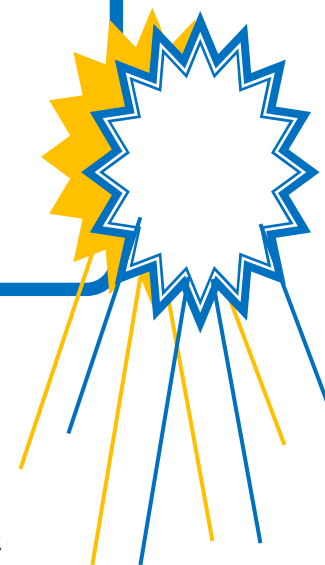
Legenda:

- Relação / Proximidade com os outros
- Capacidade para Resolver Problemas
- Estratégias conhecidas para Gerir o Stresse

Nome:

Data: 8/02/2012

CERTIFICADO



Declara-se, que o(a) Senhor(a) _____

participou ativamente no programa terapêutico intitulado "Gestão do Stresse", realizado na Equipa Comunitária da Parede, decorrido de 14 de Dezembro de 2011 a 8 de Fevereiro de 2012, participando em _____ sessões, num total de 9 sessões, revelando um grande potencial ao nível de estratégias de gestão do stresse.

As enfermeiras responsáveis,

(Enfermeira Especialista da Equipa Comunitária da Parede)

(Enfermeira Estudante da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica)

Parede, 8 de Fevereiro de 2012

Mãos

- Friccionar bem as palmas e o dorso das mãos.;



- Massajar os dedos, desde a articulação da mão até à extremidade;



- Pressionar as extremidades de cada dedo;



- Flectir os dedos, pressionando as articulações, sem estalar propositadamente (se acontecer não há problema);



- Massajar a palma da mão, ponto a ponto.



Pés

- Iniciar com a massagem na planta do pé, com o polegar a pressionar cada ponto;



- Dar suaves batidas com a mão fechada no calcanhar e depois com a mão aberta, por toda a planta do pé. Repetir no outro pé;



- Massajar os dedos, pressionando as articulações (como nas mãos);



- Massajar a planta do pé, ponto a ponto.



Gradualmente, regresse à sua actividade normal, estique os braços e as pernas de forma suave.

Trabalho realizado por:

Marta Gaspar

Estudante 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dezembro, 2011

Relaxamento Auto-massagem



É fácil, é barato e dá saúde!

Alivie o stresse

Auto-massagem

Para realizar exercícios de auto-massagem deverá estar sentado, de costas direitas e numa posição cómoda.

Pode ser realizada duas vezes por dia, de preferência de manhã e à noite.

Rosto

- Concentração com os olhos fechados, respiração calma.



- Esfregar as mãos, prestar atenção a elas. Colocar as mãos sobre o rosto, cobrindo-o, transmitindo carinho e energia;



- Friccionar o maxilar inferior, a articulação do maxilar, a orelha e o lóbulo da orelha (beliscando);



- Seguir o desenho interno das orelhas com as pontas dos indicadores;



- Deslizar os oito dedos pela testa, para cada lado;

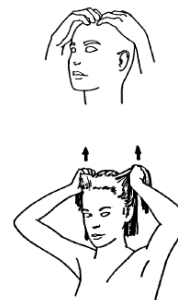


- Massajar com cuidado os olhos e deslizando pelo nariz.



Cabeça

- Friccionar com a ponta dos dedos o couro cabeludo;
- Puxar pequenos grupos de cabelo até vir a totalidade dos fios, vitalizando assim as raízes.



Nuca e Ombros

- Pinçar os músculos da nuca, da cabeça para baixo (repetir); Pinçar os ombros do centro para os lados;



- Segurar a nuca e girar a cabeça: cima-baixo; lateral; rodar;



- Pinçar com uma mão o ombro oposto, enquanto se gira o ombro (360°); repetir o outro lado.



Costas e Coluna

- Dobrar os braços e dobrar para trás, caminhando com as mãos para baixo em direcção à cintura;
- Unir as mãos às costas, uma por baixo e outra por cima, flexionar o tronco para a frente expirando. Repetir trocando os braços.



Braços

- Iniciar com suaves batidas de mão fechada, desde o ombro até à mão, com a palma da mão para cima;
- Voltar o braço, com a palma da mão para baixo, dar pequenos toques. Ter em atenção as articulações;
- Terminar, deslizando e friccionando ligeiramente o braço e antebraço.



Face - Parte Superior

Elevação das sobrancelhas

Levante as sobrancelhas bem alto, até formar rugas horizontais na testa...sinta a tensão...e ...relaxe...deixe a tensão soltar-se, as rugas a desvanecer.



Franzir as sobrancelhas

Junte as sobrancelhas, dobrando a pele entre elas, formando uma ruga profunda. Agora, mantenha por um momento, dando conta da sensação. De seguida...relaxe...alivie a tensão...sinta as sobrancelhas a estenderem-se para os lados.



Olhos

Feche os olhos com força e verifique a sensação que obtém...De seguida, relaxe...deixe ir...deixe os músculos afrouxar...repare na sensação que tem ao afrouxar os músculos...sinta a pele a suavizar.

Face - Parte Inferior

Maxilar Inferior

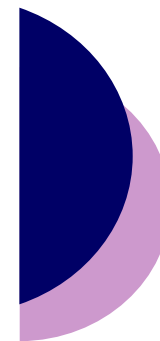
Coloque os dentes de trás juntos...faça-o com firmeza, mas sem os apertar de todo...Agora, sinta a sensação no seu maxilar como se estivesse estado a mastigar carne rija...mantenha...e...relaxe...aliviando os músculos do maxilar...sinta a tensão a desaparecer.

Lábios

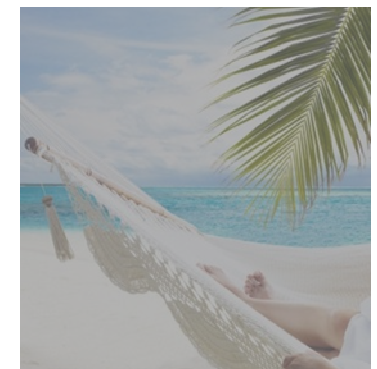
Pressione os lábios com firmeza um contra o outro, como se estivesse a rejeitar um alimento desagradável...Agora...mantenha os lábios contraídos...de seguida...relaxe...solte-os...repare na diminuição da tensão.

Gradualmente regresse à sua actividade normal, estique suavemente os braços e as pernas. Levante-se. Sinta-se activo e cheio de energia para continuar a sua vida!

Trabalho realizado por:
Marta Gaspar
Estudante 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dezembro, 2011



Relaxamento Exercícios de Tensão - Distensão



Exercícios de Tensão-Distensão

Para realizar estes exercícios pode estar sentado ou deitado, com os olhos abertos ou fechados. O mais importante é que se fique o mais confortável

Respiração

Deixe que a sua respiração estabilize e repare no seu ritmo natural. A seguir deixe o ar entrar... deixe que ele encha os seus pulmões suavemente... e expire lentamente (um pouco mais longa que o habitual), libertando as suas tensões, os seus problemas. Agora, deixe que a sua respiração prossiga naturalmente.

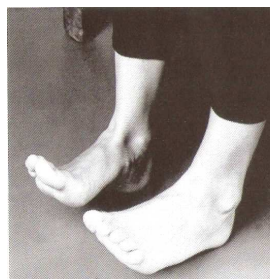
Braços

Com as mãos colocadas com a palma para baixo, em contacto com uma superfície, pressione lentamente as pontas dos dedos contra a superfície...Sinta as tensões na mão e nos braços...agora, relaxe os músculos...deixe a tensão desaparecer...sinta a mão relaxada.



Pernas

Mantendo os calcanhares no chão, levante os dedos dos pés...mantenha os dedos em cima enquanto se dá conta da sensação de tensão. Repare nas tensões que está a ter, os músculos a trabalhar à volta da canela...de seguida...relaxe.



Abdómen

Concentre-se nos músculos do abdómen. Torne o abdómen plano e rígido...Sinta a tensão debaixo das costelas. Agora, relaxe ...sinta a sensação de profundo relaxamento.

Ombros

Centre a atenção nas **omoplatas** por detrás dos ombros. Coloque-as para trás de modo a que se aproximem mais uma da outra. Repare como o tórax é levantado. De seguida...relaxe...Alivie a tensão, deixe os músculos distender, sinta as costas novamente a repousar.



Pescoço

Levante os ombros, empurrando-os para cima como se quisesse tocar nas orelhas. Agora, sinta a tensão na parte interior do pescoço...relaxe, deixando os ombros cair. Sinta os ombros completamente relaxados.



Estratégias de Gestão do Stresse

Procure obter o máximo de controlo possível sobre o stressor;

Se não é possível alterar o stressor, altere a forma como o percebe;

Treine-se na previsão de situações de stresse;

Centre-se nas tarefas e não deixe que as emoções se sobreponham;

Tenha uma atitude construtiva;

Permita-se errar ocasionalmente;

Faça uma correcta gestão do tempo;



Tenha um confidente;



Recompense-se a si próprio de algo que fez bem;

Estabeleça relações de qualidade;

Aprenda a dizer Não!



Pratique técnicas de relaxamento;

Tenha uma Alimentação Saudável;



Pratique Exercício Físico;



Durma as horas de Sono necessárias;

Programe momentos de Lazer;

Utilize o humor;

Adira ao seu tratamento;



Procure ajuda.



Aprenda a Lidar melhor com o Stresse!

Encontre o seu bem-estar!

Trabalho realizado por:

Marta Gaspar

Estudante 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Janeiro, 2012

Gestão do Stresse



Stresse

- O conceito Stresse provém do verbo latino stringo, strictum, que significa apertar, restringir.
- É uma relação entre a pessoa e o ambiente que é entendida pela pessoa como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos e põe em risco o seu bem-estar.



Manifestações do Stresse

Alterações do comportamento

Isolar-se
Insatisfação com o trabalho
Fumar e beber mais que o habitual
Comer mais do que o habitual



Alterações emocionais

Perder a auto-confiança
Explosões de cólera
Sentir-se bastante "neura"



Alterações cognitivas

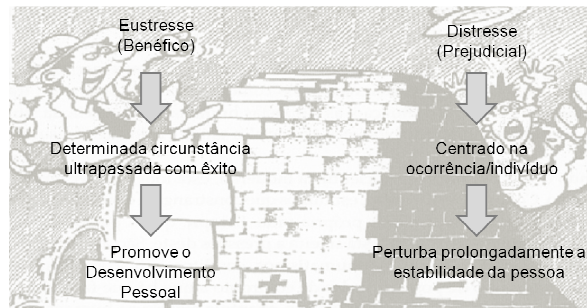
Pensamentos repetitivos
Dificuldades na concentração
Dificuldade em tomar decisões



Sintomas Vegetativos

Dores de cabeça frequentes
Aumento da Tensão Arterial
Transtornos do sono

Tipos de Stresse



Vulnerabilidade ao Stresse

Os factores que aumentam a vulnerabilidade ao stresse podem ser de ordem física; psicológica ou social.

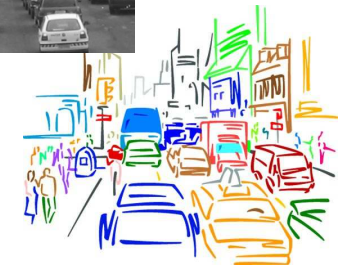
O impacto que determinado acontecimento tem sobre a pessoa depende de:

- O modo como a pessoa avalia a situação com que se defronta;
- A percepção que desenvolver de ter ou não controlo sobre a ocorrência;
- O apoio social a que pode ter acesso e com que pode contar.

O stresse pode agravar os sintomas da doença e conduzir a recaídas.

Cada pessoa reage de forma diferente ao stresse.

Cada pessoa, em determinado período da sua vida, pode encontrar-se mais vulnerável ao stresse.



É importante que conheça o que lhe causa stresse, como se sente em relação à situação geradora de stresse, e como reage, de forma a poder encontrar as suas estratégias de gestão do stresse.