



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Intervenção Terapêutica na Pessoa com Sintomatologia Depressiva e Ansiosa**

**Bruno Miguel Pereira Fortes**

Orientação: Professora Maria de Fátima Marques

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Intervenção Terapêutica na Pessoa com Sintomatologia Depressiva e Ansiosa**

**Bruno Miguel Pereira Fortes**

Orientação: Professora Maria de Fátima Marques

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

---

# INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ANSIOSA

**Bruno Miguel Pereira Fortes**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem na Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Júri:**

**Presidente:** Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem)  
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

**Arguente:** Raul Alberto Carrilho Cordeiro (Doutorado em Ciências e Tecnologias da Saúde)  
Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

**Orientadora:** Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques (Mestrada em Ecologia Humana)  
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora

Data: 15 de outubro de 2020

*"Life is a journey undertaken on an ocean of experience."*<sup>1</sup>

Barker & Buchanan-Barker (2005, p. 9)

---

<sup>1</sup> Tradução livre do autor: "A vida é uma viagem empreendida no oceano da experiência" (p. 9)

## AGRADECIMENTOS

Ser grato, reconhecendo o auxílio e benefício que nos oferecem, orienta-nos para a constatação que os Outros são indispensáveis, atribui-Lhe apreço e identifica a nossa própria humildade. É muito mais que uma gentileza, é virtude e um toque de humanidade. Seja na vida pessoal ou profissional, sem os Outros, somos tão pouco que chegamos a não ser nós.

Aqui registamos o reconhecido obrigado.

Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (ARSA), à Coordenação da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e aos dois elementos coordenadores que lideraram a Equipa de Tratamento do Centro de Respostas Integradas do Norte Alentejano neste período temporal, pela forma como acolheram positivamente o pedido de equiparação a bolseiro que permitiu a frequência e a conclusão deste percurso.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) Luísa Carias, colega e parceira no local de trabalho, por todos os conhecimentos partilhados, pela constante atitude de disponibilidade, pela aprendizagem que nos proporciona através do exemplo da sua prática profissional diária e pela forma como nos incentivou a percorrer este caminho.

À EEESMP e Docente Maria de Fátima Marques pela presença e orientação constantes ao longo de todo o percurso, repleto de discussões e reflexões, sempre assente na tranquilidade e congruência que a caracterizam e que se tornam contagiantes. Os comentários e sugestões, que nunca tardaram e que chegaram em qualquer hora da madrugada, foram fundamentais para conseguirmos alcançar os objetivos.

À EEESMP Maria Leonor Malheiros pela forma amável e cuidada com que nos acolheu e orientou no decorrer dos estágios. A sua presença, preocupação constante e dicas, foram essenciais para a construção do perfil do Enfermeiro Especialista (EE) que empreendemos.

Aos colegas do curso de Mestrado em Enfermagem com quem nos cruzámos e com quem partilhámos momentos, com especial destaque para os elementos do grupo do ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pois foram essenciais ao nosso crescimento, e levamos um pouco de cada um.

A todos com quem tivemos a oportunidade de discutir e refletir sobre as temáticas, ou que nos ajudaram e facilitaram o percurso, com especial destaque e reconhecido carinho, pelo Professor Doutor José Luís D'Orey e pela Professora Cláudia Ramalinho.

À família e aos amigos, pela força com que nos incentivaram a percorrer este trilho, por toda a ajuda e por acreditarem que era possível superar com sucesso. Um dizer especial dedicado à M. M. e ao M. M., para que fique para sempre registada a enorme gratidão que sentimos por estes dois filhos especiais, cujas formas de estar e de amar são um hino à bondade e à paciência. Obrigado pela forma sorridente como toleraram as ausências necessárias, e que fique sempre a certeza de um amor maior com o qual poderão sempre contar. À Sara, pela força e apoio nos momentos mais difíceis, e pelos pitéus que não nos deixaram perder o ânimo quando tudo parecia tão sombrio.

Este foi um percurso que surgiu na solidão mas que tomou forma e se integrou com os Outros.

## RESUMO

As alterações da saúde mental, onde se inclui a experiência de sintomatologia depressiva e ansiosa, estão entre as principais causas de incapacidade. A intervenção no âmbito da saúde mental é apontada como prioritária e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assenta a sua prática na relação que estabelece com o Outro. A psicoeducação e a relação de ajuda são intervenções capazes de responder às necessidades decorrentes da experiência depressiva e ansiosa e estão dentro do campo de competências deste profissional. A utilização de técnicas de comunicação, de estratégias de âmbito relacional e de metodologias psicoterapêuticas permite a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica autónoma. O Aconselhamento, a Escuta Ativa, a Terapia por Reminiscências e a Reestruturação Cognitiva são intervenções a considerar. A intervenção assente numa abordagem filosófica que assume que a mudança é inevitável, que o sofrimento humano requer cuidado e que esse cuidado aumenta o *insight* e produz benefícios, permite contribuir para a recuperação da saúde mental.

**Palavras-chave:** Psicoeducação; relação de ajuda; ansiedade; humor depressivo; enfermagem psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

The changes in mental health, which include the experience of an anxiety and depressive symptomatology, are among the main causes of disability. The intervention in the mental health is considered a priority and the Psychiatric-mental Health Nurse bases his or her practice on the relationship with the Other. The psychoeducational intervention and the Nurse-patient Relationship are able to respond to the needs resulting from an experience of depression and anxiety and are responsibilities of this health professional. The use of communication techniques, relational strategies and psychotherapeutic methodologies allows the diagnostic assessment and the autonomous therapeutical intervention. Counselling, Active Listening, Reminiscence Therapy and Cognitive Restructuring are interventions that should be considered. The intervention based on a philosophical approach which defends that change is inevitable, that human suffering needs care and that that care improves the insight and produces benefits, contributes to the mental health recovery.

**Key words:** Psychoeducation, Nurse-patient Relationship; anxiety; depressive mood; psychiatric nursing.

## LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACES	-	Agrupamento de Centros de Saúde
APA	-	American Psychiatric Association
ARSA	-	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP.
CIPE	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	-	Cuidados de Saúde Primários
DE	-	Diagnóstico(s) de Enfermagem
DGS	-	Direção-Geral da Saúde
DSM-5	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E1	-	Primeira Entrevista
E2	-	Segunda Entrevista
E3	-	Terceira Entrevista
E4	-	Quarta Entrevista
E5	-	Quinta Entrevista
EE	-	Enfermeiro Especialista
EEESMP	-	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
EOE	-	Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
FFMS	-	Fundação Francisco Manuel dos Santos
G1	-	Primeiro Grupo
G2	-	Segundo Grupo
G3	-	Terceiro Grupo
ICD-11	-	International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision
IDS	-	Índices de Desempenho Setoriais
IGD	-	Índice Global de Desempenho
IPP	-	Instituto Politécnico de Portalegre

ME	-	Mestrado em Enfermagem
n.º	-	número
NICE	-	National Institute for Health and Clinical Excellence
NOC	-	Nursing Outcomes Classification
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPSS	-	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
p.	-	página
P1	-	Pessoa Um
P2	-	Pessoa Dois
P3	-	Pessoa Três
PDEnf.	-	Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
PICOD	-	Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes, Design.
S1	-	Primeira Sessão
S2	-	Segunda Sessão
S3	-	Terceira Sessão
SNS	-	Serviço Nacional de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXO .....	12
ÍNDICE DE QUADROS .....	13
ÍNDICE DE ESQUEMAS.....	14
INTRODUÇÃO .....	15
PARTE I .....	21
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO .....	21
2. REFERÊNCIAS CONCEPTUAIS.....	25
2.1. EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA E ANSIOSA .....	25
2.2. RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: CONTRIBUTOS DO <i>TIDAL MODEL</i> .....	32
2.3. RELAÇÃO DE AJUDA .....	38
2.4. INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA .....	46
PARTE II .....	50
3. RELATO DA VIVÊNCIA FORMATIVA .....	50
3.1. INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA .....	58
3.2. RELAÇÃO DE AJUDA .....	77
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	88
5. CONCLUSÃO.....	95
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
7. LEGISLAÇÃO REFERENCIADA.....	105
APÊNDICES .....	107
APÊNDICE I - Projeto de Estágio .....	108
APÊNDICE II - Grelhas dos Resultados Esperados e Respetivos Indicadores .....	115
APÊNDICE III - Questionário de Avaliação Global das Sessões.....	118
APÊNDICE IV - Grelha de Observação.....	120

APÊNDICE V - Apresentação de Apoio às Sessões.....	122
APÊNDICE VI - Registo Diário de Atividades .....	145
<b>ANEXO</b> .....	148
ANEXO I - Programa de Psicoeducação da Associação Eutimia .....	1159

## ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXO

<b>APÊNDICES</b> .....	CVII
<b>Apêndice I</b> - Projeto de Estágio .....	CVIII
<b>Apêndice II</b> - Grelhas dos Resultados Esperados e Respetivos Indicadores .....	CXV
<b>Apêndice III</b> - Questionário de Avaliação Global das Sessões.....	CXVIII
<b>Apêndice IV</b> - Grelha de Observação .....	CXX
<b>Apêndice V</b> - Apresentação de Apoio às Sessões.....	CXXII
<b>Apêndice VI</b> - Registo Diário de Atividades .....	CXLV
<b>ANEXO</b> .....	CXLVIII
<b>Anexo I</b> - Programa de Psicoeducação da Associação Eutimia .....	CXLIX

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – DE e Manifestações, associados à experiência depressiva e ansiosa .....	53
<b>Quadro 2</b> – Iliteracia como DE e as suas Manifestações.....	61
<b>Quadro 3</b> - Seleção dos Resultados Esperados, Definição e Momento de Avaliação .....	62
<b>Quadro 4</b> - Critérios de Inclusão e Exclusão.....	64
<b>Quadro 5</b> - Processo de recrutamento: contactos, recusas e elementos que iniciaram o programa .....	65
<b>Quadro 6</b> - Temas e objetivos das sessões da intervenção psicoeducativa. ....	66
<b>Quadro 7</b> - DE e Metodologias de Intervenção com a P1 .....	81
<b>Quadro 8</b> - DE e Metodologias de Intervenção com a P2 .....	84
<b>Quadro 9</b> - DE e Metodologias de Intervenção com a P3 .....	86

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema 1</b> - Experiências e atividades desenvolvidas.....	56
<b>Esquema 2</b> - Componentes da Intervenção Psicoeducativa implementada .....	63

## INTRODUÇÃO

O presente relatório, intitulado de Intervenção Terapêutica na Pessoa com Sintomatologia Depressiva e Ansiosa, surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem (ME) que decorreu no Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) em Associação com a Universidade de Évora, com o Instituto Politécnico de Beja, com o Instituto Politécnico de Castelo Branco e com o Instituto Politécnico de Setúbal, no período 2018/2020, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pretende ser o produto final de um estágio de natureza profissional, será apresentado e defendido publicamente, e em conjunto com as restantes unidades curriculares já com aprovação, conduz à atribuição do grau de mestre, de acordo com o estipulado no quadro legal vigente<sup>2</sup>.

Ao mestre é reconhecida a capacidade de desenvolver, aprofundar, integrar e aplicar o conhecimento, de forma a resolver problemas em novos contextos e com responsabilidade, baseando-se em princípios éticos e sendo capaz de partilhar o seu saber de forma clara.

Este documento pretende ser a face visível de um percurso, de um caminho de descoberta de um dos territórios mais fascinantes do grande mundo da Enfermagem. Falamos então da área da Saúde Mental, que encerra o bem-estar e em última análise a felicidade, que corresponde ao que o ser-humano individual e a humanidade como coletivo, anseiam e buscam desde sempre. Afirmamos que este documento reflete um caminho de descoberta e de aquisição de competências, que permitiram ao viajante descobrir um lugar de uma beleza singular e que agora toma como «o seu lugar». Estas descobertas e conquistas não ocorreram por força do acaso, da aleatoriedade ou por aspetos vocacionais, que importa para já referir que é aspeto que pretendemos de todo afastar da Enfermagem, por princípio pessoal e por defesa da disciplina.

Para a aquisição das diferentes competências contribuíram as experiências pessoais, interpessoais e académicas do Estágio I e do Estágio Final e as unidades curriculares integrantes do curso de Mestrado frequentado. Esses estágios decorreram numa Unidade de Saúde Familiar

---

<sup>2</sup> Decreto-Lei n.º 74/2006 com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, pelo Decreto-Lei n.º 115/2013, pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 e pelo Decreto-lei n.º 65/2018.

(USF) da cidade de Évora, no período de 20 de maio a 28 de junho de 2019 (Estágio I) e no período de 16 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020 (Estágio Final), sob a orientação da Professora Maria de Fátima Marques e da EEESMP Maria Leonor Malheiros.

A forma como se define e percebe a saúde e a doença mental sofreu alterações profundas ao longo dos tempos, com forte contributo do progresso do conhecimento científico (Almeida, 2018). O mesmo autor aponta que a doença mental e, por conseguinte, as pessoas que experienciam este tipo de doença, têm sido estigmatizadas, excluídas e negligenciadas ao longo dos tempos.

Em 2001 no Relatório Sobre a Saúde no Mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) pretende introduzir uma nova conceção sobre perturbações mentais que altere o paradigma existente, que se traduza em melhores cuidados e que proporcione uma esperança renovada para os utentes. Atualmente compreende-se que a saúde mental é componente essencial da saúde e é definida como *“um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode lidar com as dificuldades normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutuosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”* (OMS, 2018, p. 1).

A OMS defende a integração da saúde mental ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) desde 2008, uma vez que esta se interliga fortemente com a saúde física, potenciando o aumento da acessibilidade ao tratamento das perturbações mentais e promovendo os direitos humanos (OMS, 2008). Para além disso, os mesmos autores consideram que os CSP são mais económicos, geram bons resultados em saúde e oferecem oportunidades singulares para a promoção da saúde mental, prevenção da doença, educação dos utentes e famílias e colaboração com outros setores da sociedade.

Em 2013 surge o primeiro Plano de Ação Mundial para a Saúde Mental com o objetivo de *“fomentar o bem-estar mental, prevenir as perturbações mentais, proporcionar cuidados, melhorar a recuperação, promover os direitos humanos e reduzir a mortalidade, a morbilidade e a incapacidade das pessoas com perturbações mentais”* (OMS, 2013, p. 11)<sup>3</sup>. As ações do plano estão orientadas de forma a cobrir a totalidade do ciclo de vida, defendendo a equidade de acesso e evidenciando a importância da prevenção.

---

<sup>3</sup> Traduzido do original: *“(…) promote mental well-being, prevent mental disorders, provide care, enhance recovery, promote human rights and reduce the mortality, morbidity and disability for persons with mental disorders”*.

O Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017) enquadra o que foi feito em 2016 em matéria de saúde mental, está orientado com a visão dos documentos internacionais e traça as linhas de atividade até ao ano 2020. O programa evidencia que os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade, considerando que são uma das principais causas de morbilidade e de morte prematura. Portanto, o programa pretende promover a saúde mental através da prevenção e intervenção precoces, sendo necessário a presença da saúde mental em todas as políticas e uma cooperação eficaz entre os diferentes setores.

Embora os documentos e os discursos coloquem a saúde mental como área prioritária, em boa verdade, continua a existir dificuldade no acesso a cuidados de qualidade, e as atitudes em relação às pessoas com doença mental ainda tendem a ser negativas (Dube & Uys, 2016). Urge que os profissionais de saúde assumam o seu papel e ganhem competências de planeamento, de intervenção e de avaliação na área da saúde mental, por forma a responder adequadamente às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

Os enfermeiros têm especial responsabilidade neste papel de promoção e defesa da saúde mental, devido à *“natureza, o âmbito e a finalidade”* (Nunes, 2011, p. 41) da Enfermagem. A mesma autora afirma

“que os enfermeiros prometeram ajudar: os saudáveis a manter a sua saúde, os doentes a recuperar a saúde, os que não podem ser curados a maximizar os seus potenciais e os que estão em processo de morrer, a viver tão plenamente quanto possível até à sua morte” (p.41).

De entre os enfermeiros, o EEESMP tem a especificidade de compreender *“os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”*, conforme consta do Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE). As diferentes competências do EE, nesta área de atuação orientam-no para que desenvolva a sua prática assente numa relação de confiança e de parceria com os utentes, para que estes melhorem o seu *insight* sobre os problemas e sejam capazes de mobilizar os seus contextos com vista a novas formas de superação. Os cuidados que o EEESMP coloca ao dispor dos utentes de quem cuida, podem ser de natureza psicoterapêutica, sócio terapêutica, psicossocial e/ou psicoeducacional.

Os diferentes cuidados ou ações do Enfermeiro são dirigidos à pessoa, incidindo em áreas relevantes e sensíveis à prática de Enfermagem. De entre estas áreas, o humor depressivo e a ansiedade assumem especial importância pela frequência com que são foco do olhar do EEESMP. Sendo assim, alinhados com o que é preconizado pela OMS e restantes entidades internacionais, sem perder de vista o Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017), e tendo em conta a alta prevalência da ansiedade e alterações do humor na população, a experiência formativa que neste documento se encontra relatada assenta na intervenção terapêutica à pessoa com sintomatologia depressiva e ansiosa, tendo esta intervenção sido efetivada em duas vertentes, particularmente através da (1) psicoeducação e da (2) relação de ajuda.

De acordo com Marques (2016) a *“psicoeducação é um importante alicerce para o desenvolvimento de estratégias de coping, capacitando o doente (...) para lidar com situações stressantes, resultantes do processo de doença e da maneira de o vivenciar e interpretar”*. Este tipo de intervenção é também da competência do EEESMP, como já foi referido anteriormente, pelo que está em linha com o esperado para os Estágios do Mestrado em Enfermagem.

A relação é o instrumento-chave que o Enfermeiro pode utilizar como intervenção terapêutica autónoma, mas também e em simultâneo, como meio de avaliação diagnóstica (Lopes, 2018). Nem sempre a relação que se estabelece é considerada uma relação de ajuda, pois não configura uma prática constante e permanente nos cuidados, tendo sim indicações claras, como sejam as situações de especial sofrimento ou indecisão (Phaneuf, 2005).

Na relação de ajuda o profissional tem a possibilidade de apoiar a pessoa e proporcionar-lhe um meio desta compreender a sua situação, aceitá-la e operar as mudanças necessárias na sua própria vida, recorrendo aos seus recursos e tornando-se mais autónoma e madura (Phaneuf, 2005). A relação de ajuda, no decorrer da interação estabelecida, está orientada para a satisfação da necessidade de ajuda e visa a consecução dos objetivos da pessoa ajudada (Chalifour, 2008).

A entrevista de ajuda assume especial relevo, instrumento que conduz à relação de ajuda e considerada um diálogo sério que acontece entre duas pessoas e que serve o propósito maior de ajudar o entrevistado, entendendo-se que *“ajudar é um ato de capacitação”* (Benjamim, 2008, p. 16). Através da entrevista, considerada uma arte e uma habilidade, a pessoa ajudada tem uma experiência que a pode levar à mudança que necessita e que seja capaz de construir (Benjamim, 2008). Sendo assim, a entrevista pode ser considerada a base e o meio através do qual se desenvolve a relação de ajuda (Benjamim, 2008; Phaneuf, 2005).

É a importância da relação que assumimos como primordial, assente em princípios e orientada por compromissos sólidos que constituem a base filosófica dos cuidados de Enfermagem (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005) que optámos por evidenciar.

Portanto, o objetivo geral deste documento é apresentar o percurso trilhado para a aquisição das competências do grau de Mestre, das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMP.

Assim, tendo em conta a natureza do documento e a temática que foi escolhida para aprofundar conhecimentos, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Apresentar as referências conceptuais que servem de ancoragem à prática e à reflexão;
- Relatar a vivência formativa indicando as atividades que contribuíram para a aquisição das competências durante o percurso, com particular destaque para o período do Estágio Final;
- Descrever a intervenção psicoeducativa com a pessoa com Sintomatologia Depressiva e Ansiosa;
- Descrever a relação de ajuda com a pessoa com Sintomatologia Depressiva e Ansiosa;
- Analisar reflexivamente o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências de mestre, das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMP;
- Refletir sobre o papel do EEESMP no âmbito da intervenção com a pessoa que experiencia sintomatologia depressiva e ansiosa.

Do ponto de vista estrutural este relatório organiza-se em duas partes.

Uma primeira parte em que apresentamos a Caracterização do Contexto onde decorreu o Estágio Final e um outro capítulo que diz respeito às Referências Conceptuais que estão na base da prática e da reflexão, estando este capítulo subdividido em quatro subcapítulos, a Experiência Depressiva e Ansiosa, a Recuperação da Saúde Mental – Contributos do *Tidal Model*, a Relação de Ajuda e a Intervenção Psicoeducativa.

A segunda parte do documento contempla dois capítulos, o Relato da Vivência Formativa, subdividido nas experiências da Intervenção Psicoeducativa e na Relação de Ajuda e a Análise Reflexiva do Percurso de Aquisição e Desenvolvimento de Competências. O quinto e último capítulo diz respeito à Conclusão, onde apresentamos a síntese e as principais conclusões do trabalho desenvolvido, bem como a avaliação dos objetivos e dos resultados, indicando-se ainda as limitações e as perspetivas futuras.

A elaboração deste trabalho está de acordo com as normas da American Psychological Association, 6.<sup>a</sup> edição, e do acordo ortográfico de 1990.

## PARTE I

### 1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

O percurso trilhado para a aquisição das diferentes competências em apreço, contou com as experiências pessoais, interpessoais e académicas, como já foi apontado na introdução deste documento, e o Estágio I e o Estágio Final assumem especial relevância neste processo.

Ambos os Estágios decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da cidade de Évora. Esta unidade funcional está na dependência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e sob a alçada da ARSA.

Na senda da reforma dos CSP iniciada em 2005, o Decreto-Lei n.º 73/2017 procede à primeira alteração do Decreto-Lei n.º 298/2007 cujo teor estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das USF.

Os CSP são considerados peça central do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e devem ser responsáveis pela promoção da saúde e prevenção da doença, pela prestação de cuidados de saúde, e devem fazê-lo num espírito de acompanhamento próximo e de qualidade. O seu desempenho deve orientar-se numa perspetiva de integração e articulação com outros níveis e serviços do SNS, por forma a garantir a adequada continuidade dos cuidados.

As USF constituem unidades funcionais com autonomia organizativa, funcional e técnica, prestadoras de cuidados de saúde individuais e familiares, compostas por equipas multiprofissionais, contando com médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. O enquadramento legal prevê três modelos de desenvolvimento, A, B e C, cuja diferença assenta no grau de autonomia, no modelo de financiamento e na forma de retribuição e de incentivo aos diferentes profissionais.

O modelo organizativo das USF orienta-se no sentido de ter equipas motivadas, auto-responsabilizadas e que tenham a capacidade de refletir criticamente sobre os cuidados que prestam. Aos profissionais é pedido que orientem a prática no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, premiando o desempenho individual e coletivo, de forma a contribuir para o aumento da eficácia, da eficiência e da acessibilidade das pessoas.

Às USF é pedido um plano de ação onde consta o seu programa de atuação e onde está plasmado o compromisso assistencial, com os objetivos, indicadores e resultados esperados nas áreas contratualizadas. Para além disso, o plano de ação contempla o plano de formação e o plano que prevê a aplicação dos incentivos recebidos. Este compromisso assistencial é formalizado anualmente, sob acordo do coordenador da USF e o diretor executivo do ACES.

As USF são dotadas de recursos físicos, técnicos, humanos e financeiros, abrangendo uma determinada população que se encontra inscrita e portanto constitui uma lista própria. O coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral dão corpo à estrutura orgânica destas unidades funcionais e obedecem ao estipulado nos quadros legais.

A Portaria n.º 212/2017 regula os critérios e as condições para a atribuição dos incentivos. As metas de desempenho contratualizadas com as USF pretendem obter ganhos em saúde e premiar o esforço, estando previsto um Índice Global de Desempenho (IGD), que é operacionalizado através da avaliação de determinados indicadores, que parcelarmente se agrupam em Índices de Desempenho Setoriais (IDS). Da sua avaliação estão dependentes os incentivos, que podem ser de natureza institucional e financeira. Os incentivos institucionais são atribuídos à unidade funcional e podem contemplar a manutenção ou aquisição de materiais e equipamentos, formação, melhoria dos processos de qualidade e outros. Os incentivos financeiros, também dependentes dos resultados obtidos pela equipa, têm natureza pecuniária e constituem parte da remuneração mensal dos profissionais.

Os IDS referem-se ao Desempenho Assistencial, aos Serviços, à Qualidade Organizacional, à Atividade Científica e à Formação.

A USF onde decorreram os estágios, situada em Évora, abrangia em setembro de 2019 um universo de cerca de 9500 inscritos e era constituída por cinco enfermeiras, cinco médicas de família, um médico interno e quatro administrativos clínicos, e estava organizada em regime de modelo B desde 2016 (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019).

De acordo com a carta de compromisso assumida, um IDG igual ou superior a 75% permite a aplicação dos incentivos institucionais. Na data já referida, o IDG desta unidade funcional encontrava-se acima de 80% (SNS, 2019), revelando um desempenho adequado.

A população residente nas freguesias urbanas da cidade de Évora é servida por quatro USF e, aquela aqui em apreço presta ainda cuidados aos residentes de duas freguesias rurais

que distam sensivelmente 20 Km da cidade.

O concelho de Évora, cuja capital de distrito é Évora, ocupa uma área total de 1307,1 Km<sup>2</sup>, conta com 52664 residentes, dos quais 13,8% têm idade inferior a 15 anos, 63,3% estão na idade ativa e 22,9% são idosos, situando-se o índice de envelhecimento nos 166 idosos (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], 2018). O território está dividido em três freguesias urbanas e nove freguesias rurais. O transporte urbano é assegurado por um conjunto de equipamentos, que constituem os Transportes Rodoviários de Évora (TREVO), que ligam os diferentes bairros da cidade com as zonas industriais, zonas comerciais e de lazer, escolas, hospitais e outras. Existem recursos de saúde e de âmbito social disponíveis na comunidade, como seja o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE., outras unidades funcionais da ARSA, bombeiros, farmácias e ainda outras, que se articulam entre si e permitem responder às necessidades da população.

A USF funciona das 8h00 às 20h00 nos dias úteis e das 8h00 às 14h00 aos sábados, domingos e feriados. Dos cerca de 9500 inscritos, já referidos anteriormente, cerca de 19% são jovens e mais de 30% são idosos, contando com um índice de dependência de cerca de 49% (SNS, 2019). A unidade funcional compromete-se a olhar para cada utente como o centro da atividade clínica com o objetivo de obter o bem-estar e garantir a satisfação com os cuidados.

A carteira de serviços contratualizada inclui a consulta médica e de enfermagem, dirigidas aos programas de saúde do adulto, saúde infantil, planeamento familiar, saúde materna, vigilância da diabetes, vigilância da hipertensão arterial e do pé diabético. Para além do exposto, proporciona ainda os tratamentos de enfermagem, é responsável pela vacinação dos utentes inscritos e efetua a vigilância da anticoagulação oral. São ainda realizados os rastreios aos cancros da mama, do colo do útero e colo-retal, e para além disso, efetua o teste do pezinho aos recém-nascidos da sua área de atuação.

Das cinco enfermeiras que constituem a equipa da USF, quatro são Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária e uma é EEESMP. Importa referir que todos os elementos da equipa de enfermagem são enfermeiras de família, sendo portanto o elemento de referência para os indivíduos e famílias que constam da sua lista de utentes.

A USF não tinha no seu plano de ação para o ano 2019 atividades ou objetivos especialmente dedicados à área da saúde mental, embora os elementos da equipa de enfermagem e

da equipa médica afirmem que os utentes que experienciam sintomatologia depressiva e ansiosa são em grande número, consumindo grande quantidade de recursos e de exames complementares de diagnóstico.

Através de um colega tivemos conhecimento de que a EEESMP que desenvolve atividade nesta USF equacionava implementar atividades de âmbito psicoeducativo dirigido a pessoas com alteração da saúde mental. Como havia interesse neste tema e era nossa intenção desenvolver competências na área da promoção da saúde mental em contexto comunitário, após contacto com a EE, optámos por requerer esta unidade de saúde como local para o Estágio I do ME, de forma a contribuirmos para a implementação do programa psicoeducativo.

A EEESMP havia recebido formação e foi disponibilizado para a USF, um programa de psicoeducação no ano 2015. A ação de formação teve a duração de quatro horas, foi promovida pela ARSA e ministrada por um representante da Associação Eutímia – Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal. Esta associação foi constituída em 2013 e propunha-se a desenvolver ações em três áreas: (1) organização e prestação de cuidados de saúde mental; (2) promoção e prevenção em saúde mental; (3) investigação e aprofundamento do conhecimento, (Regulamento da Associação Eutímia Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal, 2013).

O programa de psicoeducação em causa, dirigido a pessoas com alteração da saúde mental encontrava-se estruturado em seis sessões e havia sido disponibilizado em formato Microsoft PowerPoint® (Anexo I) de forma a ser implementado pelos profissionais que assim entendessem fazê-lo.

Tendo partido deste recurso que estava na posse da EEESMP, orientadora dos Estágios, foi nossa proposta adequar os recursos a utilizar nas sessões, delinear os critérios de inclusão, recrutar os utentes e organizar as sessões, bem como, desenvolver as competências necessárias para a implementação efetiva da intervenção psicoeducativa. Para além disso, iríamos definir e implementar um modelo de avaliação do processo e dos resultados.

## 2. REFERÊNCIAS CONCEPTUAIS

### 2.1. EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA E ANSIOSA

A saúde mental constitui-se como parte integrante e essencial da saúde humana. A doença mental é considerada um problema de saúde pública devido ao enorme impacto humano, social e económico que tem nas sociedades contemporâneas (Almeida, 2018; Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2019). As perturbações mentais têm alta prevalência, associam-se à incapacidade e à mortalidade prematura, colidindo com a possibilidade de bem-estar em que a pessoa pode desenvolver o seu potencial, superar as suas dificuldades, trabalhar e contribuir para a comunidade em que está inserida, tendo assim impacto direto no conceito de saúde mental proposto pela OMS (OPSS, 2019; OMS, 2018).

Os dados apontam que existem enormes custos económicos, diretos e indiretos, associados às perturbações mentais, decorrentes também do impacto no absentismo ao trabalho e na consequente relação com a perda produtiva (Almeida, 2018). As perturbações mentais são já consideradas como a 2.ª causa de anos de vida perdidos ou de morte prematura nos países da Europa Ocidental (Almeida, 2018). Há mais de uma década que as projeções para 2030 antecipam que a depressão e a ansiedade, ambas pertencentes ao grupo das perturbações mentais, estarão entre as principais causas de incapacidade (Eaton, Martins, Nestadt, Bienvenu, & Clarke, 2008), o que tem sido corroborado pela literatura mais recente (Almeida, 2018).

A depressão, incluída nas perturbações do humor, é muito comum, havendo evidência de que esta é um dos problemas de saúde mental mais frequente, acometendo cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo e constituindo-se como a 3.ª causa de incapacidade global (López-Cortacans, Ferré-Grau, & Santos, 2018). As perturbações da ansiedade são também um enorme fardo social e económico, como de resto já foi falado, e são considerados a 6.ª causa em termos de anos vividos com incapacidade (McLaughlin, 2018).

Em Portugal, só a partir de 2010 é que foi possível ter uma noção mais real da prevalência das perturbações mentais, na sequência do primeiro estudo epidemiológico nacional nesta área.

Desse trabalho, fica claro que o país tem uma prevalência elevada em comparação com os restantes países da Europa (Almeida, 2018), evidenciando o mesmo autor, que, *“quase um quarto das pessoas entrevistadas (22,9% da amostra) cumpria os critérios mínimos para o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica”* (p. 48). Por ordem de grandeza, em Portugal a ansiedade apresenta uma prevalência anual de 16,5% e as perturbações do humor registam 7,9% (Almeida, 2018). Os dados mostram que nas mulheres, a depressão é a 3.ª causa de morbilidade em todas as idades e a 2.ª causa na faixa etária dos 50-60 anos (Ministério da Saúde, 2018), enquanto nos homens, a depressão, é a 4.ª causa de morbilidade em todas as idades. O mesmo documento, que retrata a saúde dos portugueses, aponta que a ansiedade é a 5.ª causa de morbilidade dos 15 aos 49 anos de idade, em mulheres. Estas causas dizem respeito aos anos de vida vividos com incapacidade.

De acordo com os dados avançados, compreende-se a dimensão que as perturbações mentais podem ter na vida das pessoas e, na sequência disso, a importância que representam para a vida em sociedade, com especial destaque para o impacto das perturbações do humor e da ansiedade.

O humor diz respeito ao estado de espírito de um indivíduo, correspondendo ao seu estado afetivo. Não raras vezes, todos os seres humanos se sentem tristes, abatidos e cansados, com falta de energia e com dificuldade em se ligarem a acontecimentos, a pessoas e a objetos. Para além disso, nem sempre é possível retirar prazer das atividades e experiências da vida. Contrariamente, muitas vezes estão presentes sentimentos e emoções de bem-estar, de gratidão, e de sensação de ser possível alcançar todos os sonhos. A experiência vivencial assume assim diferentes tonalidades, podendo variar entre a tristeza do preto profundo e a enorme alegria da branca alva.

As alterações do humor são universais, acometem todos e não interferem de forma significativa com a vida das pessoas na grande maioria das vezes. No entanto, existem situações em que essa interferência se faz presente e os indivíduos podem ser incomodados pela tristeza profunda ao longo do tempo, ou por extrema agitação ou excessiva alegria, às quais se podem associar sentimentos de insegurança, de raiva e culpa, e alterações marcadas nas relações e atividades, na autoestima e no trabalho. Neste caso, poderemos estar perante uma situação conside-

rada patológica, designada por perturbações do humor, amplamente conhecidas por perturbações afetivas e que correspondem a *“alterações difusas nas emoções, manifestadas na forma de depressão, mania ou ambas”* (Videbeck, 2012, p. 295).

Ao longo dos tempos a taxonomia das perturbações mentais tem sido sujeita a alterações, sendo que vamos considerar, para já, dois sistemas de classificação: a ICD-11(OMS, 2019) e o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014).

De acordo com a ICD-11, as perturbações do humor incluem as perturbações bipolares e as depressivas, definidas de acordo com o tipo de humor e o seu padrão temporal. Importa atender que as perturbações depressivas caracterizam-se por humor deprimido (triste, irritável e/ou vazio) ou perda de prazer, que se fazem acompanhar por outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos, e em que a capacidade funcional do indivíduo está significativamente afetada (OMS, 2019). Esses outros sintomas podem ser variados, *“como dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, desesperança, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, alterações no apetite ou no sono, agitação ou retardo psicomotor e energia ou fadiga reduzidas”* (OMS, 2019).

De entre as perturbações depressivas identificadas na ICD-11 (OMS, 2019), a perturbação depressiva de episódio único caracteriza-se pela presença de critérios por pelo menos duas semanas, num indivíduo sem história prévia de episódios desta natureza. Ao contrário deste quadro inaugural, a perturbação depressiva recorrente tem a característica de existirem pelo menos dois episódios depressivos, separados no tempo. Se a presença dos critérios de diagnóstico ocorre e persiste por um período de dois anos ou mais, assume o caráter de perturbação distímica. É ainda relevante considerar uma outra entidade, chamada de perturbação mista de depressão e ansiedade, que se caracteriza pela presença de sintomatologia depressiva e ansiosa por um período superior a duas semanas.

O DSM-5 (APA, 2014) agrupa as perturbações depressivas tendo em conta características comuns, separando-as da perturbação bipolar. Essas características são a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de outras alterações, colocando em causa a capacidade funcional do indivíduo de forma significativa (APA, 2014). Como se pode verificar, as características são sobreponíveis ao que encontramos na ICD-11 (OMS, 2019).

As diferentes perturbações diferem na duração, no momento ou na etiologia que se presume, destacando-se a perturbação depressiva maior, que *“representa a condição clássica deste*

*grupo*” (APA, 2014, p. 155). Para o diagnóstico é necessário que esteja presente o humor deprimido ou a perda de interesse e prazer, associado a pelo menos cinco de outros sintomas, como: ganho ou perda ponderal significativos, diminuição ou aumento do apetite, alterações do padrão do sono, agitação ou atraso psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, tentativa de suicídio ou um plano específico para o consumir. Para além do referido, existe sofrimento e impacto funcional do indivíduo, cursando durante pelo menos duas semanas. Quando está presente o humor deprimido e se associam outros sintomas, com manutenção do sofrimento e prejuízo funcional por períodos superiores a dois anos, fala-se em perturbação depressiva persistente.

Beech (2019) aponta que a etiologia da depressão é variada e identifica explicações teóricas de base biológica, psicodinâmica, interpessoal, cognitiva e social. De acordo com a visão biológica, a depressão pode surgir por consequência do desequilíbrio de neurotransmissores, eventualmente causado pelo stresse, por componente genética ou por associação de diversos fatores. A explicação psicodinâmica evidencia a importância das experiências da infância como preponderantes no desenvolvimento da depressão, enquanto a visão interpessoal ancora a sua explicação na qualidade das relações interpessoais que a pessoa estabeleceu e estabelece. Atribuir a causa à forma como a pessoa pensa o que lhe acontece ao invés do acontecimento em si mesmo constitui a base da visão cognitiva. Por fim, existe ainda o modelo que evidencia a importância da vulnerabilidade social, como causa maior do potencial depressivo da pessoa.

É necessário compreender que a depressão, ou perturbação depressiva, obedece a critérios previamente definidos e é um diagnóstico médico, embora o termo seja também socialmente usada como sinónimo de tristeza. Importa salvaguardar que, tal como foi já referido, a tristeza encontra-se presente na vida de todos os seres humanos, e é substancialmente diferente da depressão, embora esteja normalmente presente neste quadro. Se os critérios para a depressão assentam na alteração significativa do afeto, acompanhada de outros sintomas e causando prejuízo de forma consistente no tempo, a tristeza, por sua vez, é passageira e nasce de uma causa ou motivo que se pode identificar. Parece-nos evidente que a tristeza pode dar um contributo para a pessoa desenvolver resiliência<sup>4</sup>, permitindo-lhe fazer frente ao stresse, adaptando-se,

---

<sup>4</sup> A resiliência pessoal é entendida como a adaptação e funcionamento positivo após a pessoa passar por uma crise adversa significativa (Moorhead et al., 2010).

ajustando-se e recuperando. Tendo contacto com a tristeza é possível superar-se e crescer com as experiências de vida.

As alterações do humor constituem assim uma experiência de vida frequente, e em conjunto com as perturbações da ansiedade constituem as perturbações mentais mais comuns (Goldberg & Huxley, 1992) e com maior prevalência, como de resto já foi apontado.

A ansiedade, por sua vez, é uma resposta transitória que consiste num sentimento difuso de apreensão ou receio, devido à perceção de uma ameaça ou perigo, resultando em sintomas físicos, cognitivos, emocionais e comportamentais (Muir-Cochrane, 2019; Videbeck, 2012). Difere do medo na medida em que este é a resposta emocional a uma ameaça real ou percebida dessa forma, imediata e facilmente identificável (APA, 2014; Videbeck, 2012). A ansiedade acaba por ser *“parte normal da condição humana, vivenciada por todos em graus variados”* (Muir-Cochrane, 2019, p. 166)<sup>5</sup>, embora seja considerada uma antecipação de uma ameaça futura.

A manifestação da ansiedade ocorre em situações consideradas stressantes, e importa compreender que o stresse é causado por eventos da vida que provocam pressão física e mental, sendo que pode também ser entendido como algo com potencial para ser educativo e promover o desenvolvimento, na medida em que ajuda a atingir os objetivos pessoais (McLaughlin, 2018). O mesmo autor aponta que o stresse e a ansiedade apresentam sintomas semelhantes, mas têm etiologia e progressos diferentes. A presença de stresse e ansiedade não indica necessariamente a presença de problemas mentais (McLaughlin, 2018).

O grau de ansiedade atingido vai depender da avaliação cognitiva que a pessoa fará do seu potencial de superação. Quando a avaliação é distorcida, o resultado não é satisfatório e a pessoa vivencia um medo contínuo como se estivesse permanentemente num episódio catastrófico. Esta ansiedade excessiva, acompanhada de respostas cognitivas, fisiológicas e comportamentais pode constituir uma perturbação da ansiedade (Videbeck, 2012).

A ICD-11 considera como perturbações da ansiedade e relacionadas com o medo, quando estes estão presentes em grau excessivo, e se fazem acompanhar de sintomas graves que interferem de forma significativa com as diferentes dimensões funcionais da pessoa (OMS, 2019). As

---

<sup>5</sup> Traduzido do original: *“Anxiety is a normal part of the human condition, experienced by everyone to varying degrees”* (p. 166).

diferentes perturbações apresentadas na classificação têm a ansiedade como característica comum, diferindo na situação que a provoca e com manifestações semelhantes. Essas manifestações ocorrem através de sintomatologia, tal como: tensão muscular, inquietação, aumento da atividade simpática, nervosismo, dificuldade de concentração, alterações do padrão de sono e irritabilidade (OMS, 2019).

A perturbação de ansiedade generalizada, a agorafobia, a perturbação de ansiedade social, as fobias específicas, a perturbação de ansiedade de separação, a hipocondria e a síndrome do pânico, são entidades pertencentes a esta categoria de perturbações (OMS, 2019). Na perturbação de ansiedade generalizada o foco de preocupação excessiva está em diversos eventos do quotidiano, como na família, no trabalho, nas finanças ou na saúde, enquanto na agorafobia, a pessoa desenvolve extrema ansiedade nas situações em que lhe parece que a fuga pode ser difícil ou que a ajuda não consegue chegar caso venha a ser necessária. São exemplos de agorafobia, a ansiedade incapacitante que se instala ao utilizar transportes públicos, estar em multidão ou simplesmente estar fora de casa. Quando o medo ou ansiedade excessiva ocorre em situações sociais, tais como ser observado a desempenhar uma tarefa, durante a interação social ou a atuar em público, estamos perante uma perturbação de ansiedade social. Uma outra perturbação, designada por fobia específica caracteriza-se por ansiedade excessiva quando a pessoa está perante um ou mais objetos ou determinadas situações. Na perturbação de ansiedade de separação o foco ansioso dirige-se à possibilidade de perda ou separação de pessoas de apego. A hipocondria ocorre devido à perceção de existir a possibilidade de a pessoa ter uma ou mais doenças graves e que lhe colocam a vida em risco. Por fim, a síndrome do pânico é uma perturbação caracterizada pela ocorrência de ataques de pânico, que são recorrentes e inesperados e com início devido à exposição a situações diversas. Os ataques de pânico são episódios de medo e ansiedade extremos, associados a sintomas como taquicardia e palpitações, dor no peito, falta de ar, sudorese abundante, tremores, tonturas, calafrios e a sensação de morte eminente. Há em todas as situações de perturbação da ansiedade um claro desfasamento entre o perigo experienciado e o perigo real.

Em linha com a ICD-11 (OMS, 2019), também o DSM-5 classifica e nomeia as perturbações de ansiedade de forma semelhante e tendo em conta *“os tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada”* (APA, 2014, p. 189). Aponta ainda que estes tipos de perturbação tendem a existir em co-morbilidade,

embora possam ser diferenciados quando se atenta ao tipo de situação que é considerada perigosa e pelo tipo de pensamento ou crença que lhe está associada. O diagnóstico desta tipologia de perturbações ocorre quando a ansiedade, ao invés de se apresentar como indicadora de perigo ou como força motivadora para a mudança surge como algo ameaçador, da qual resultam comportamentos desadaptativos e enorme sofrimento emocional.

Entende-se que a ansiedade pode variar em grau e alguns autores consideram que a ansiedade pode ser considerada leve, moderada, grave e de pânico (Videbeck, 2012). No primeiro nível, de ansiedade leve, o mesmo autor aponta que a pessoa tem a sensação que algo está diferente e que precisa de atenção especial, o que leva a um aumento do foco e consequentemente isso pode contribuir para a resolução do problema. No nível moderado instala-se um sentimento cada vez mais perturbador, a que se associa nervosismo e agitação com maior prejuízo para a pessoa, sendo que nos níveis seguintes, são as capacidades mais primitivas que ocupam o lugar, nomeadamente de luta, fuga ou paralisação (Videbeck, 2012).

A par com outras perturbações, também no que diz respeito à ansiedade causadora de grande prejuízo, são diversas as causas que lhe podem ser atribuídas, que se relacionam intimamente com o olhar teórico com que são observadas. Muir-Cochrane (2019) aponta que a etiologia da ansiedade pode dever-se a causas biológicas, onde a genética e as alterações neuroquímicas assumem especial relevo. O mesmo autor evidencia ainda a importância da visão das teorias da aprendizagem, em que a ansiedade, vista como resposta condicionada de carácter protetor por preparar para a «luta ou fuga», pode, em situações de desajuste tornar-se patológica, com os prejuízos que já elencámos. Outra visão, de carácter cognitivo-comportamental, coloca a ênfase na forma como sentimos, pensamos e nos comportamos, e na importância que tem o significado que lhe atribuímos, podendo decorrer daí a ansiedade geradora de problema (Muir-Cochrane, 2019). Por vezes, a causa pode residir no facto da pessoa sobrestimar o nível de ameaça e subestimar a capacidade de lidar com essa ameaça, de onde decorre que são as interpretações erradas que criam a ansiedade (McLaughlin, 2018).

É importante atender que a experiência ansiosa e a experiência depressiva não devem ser entendidas como entidades totalmente separadas, cursando muitas vezes em co-morbilidade. Podem ser observadas como duas dimensões subjacentes, ou seja, como a base das perturbações

mentais mais comuns, em que a ansiedade se relaciona com a ameaça e a depressão com a perda (Goldberg & Huxley, 1992).

## 2.2. RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: CONTRIBUTOS DO *TIDAL MODEL*

Antes de entrarmos no modelo conceptual que está na base da prática e da reflexão necessária, é fundamental abordar o assunto dos determinantes da saúde mental. Hoje é amplamente conhecido que os fatores genéticos e outros fatores de carácter biológico, os fatores psicológicos, sociais e económicos, têm no seu conjunto um papel fundamental na construção da saúde mental das pessoas (Almeida, 2018). É importante que nos afastemos do modelo biomédico, da visão causa-efeito, e é necessário atender às diferentes dimensões da pessoa e à forma como estas dimensões se inter-relacionam. Almeida (2018) diz-nos que as *“experiências sociais, como por exemplo a interação que ocorre numa intervenção psicoterapêutica, pode ter efeitos estruturais a nível do cérebro, que resultam em mudanças a nível psicológico”* (p. 19). Isto ajuda-nos a entender a importância da interação social, ao mesmo tempo que demonstra a importância do trabalho que vise a promoção e recuperação da saúde mental.

Promover a saúde mental passa pela implementação de ações que melhorem o bem-estar. Isto consegue-se em ambientes que respeitam os direitos das pessoas, onde haja segurança e condições socioeconómicas adequadas, assentes em políticas que olham para as perturbações mentais mas também para a promoção da saúde mental (OMS, 2018). O baixo nível de educação, a pobreza, o desemprego, o isolamento social e a habitação degradada, estão entre os fatores que contribuem para a pessoa ter pior saúde mental (Almeida, 2018), pelo que a promoção passa por envolver todos os setores e integrar a saúde mental em todas as políticas (OMS, 2018).

Entendendo o alcance dos determinantes, tendo em conta que a promoção e recuperação da saúde mental são essenciais e possíveis, é claro para nós que o modelo onde assenta a prática e a reflexão são de extrema importância. Essa conceitualização será feita em seguida.

Metaforicamente falando, as crises da vida são como mergulhos nas águas profundas em que a pessoa corre o risco de afogamento ou de trauma nas rochas (Barker, 2001). O trauma, proveniente de lesões ou abusos, ou daqueles problemas mais arrastados no tempo, pode ser visto como resultado de ‘atos de pirataria’ que tomam de assalto o barco da vida, e em resultado

disso as pessoas “*geralmente relatam perda do «senso de si»*” (Barker, 2001, p. 235)<sup>6</sup>. Estas pessoas precisam de um resgate, seguido de um trabalho que permita a sua recuperação.

Sabemos que “*a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica 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, 2018, p. 21427), pelo que o EEESMP pode e deve ser o guia do bote salva-vidas que se aproxima, resgata e cuida da pessoa naufragada.

A linguagem metafórica que emprega a água para descrever as experiências associadas aos problemas de saúde mental vivenciados pelas pessoas, é parte da abordagem filosófica do referencial teórico que decidimos utilizar na prática e na reflexão, designado por “*Tidal Model*” (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005)<sup>7</sup>.

O *Tidal Model* começou por ser introduzido em cuidados psiquiátricos agudos no ano de 1997 em Newcastle, Reino Unido, após Phil Barker ser convidado para desenvolver um modelo alternativo para a prática de Enfermagem (Barker & Buchanan-Barker, 2005). No entanto, o *Tidal Model* não é exclusivo do ambiente hospitalar e, em boa verdade, o modelo enfatiza e tem foco na(s) necessidade(s) da pessoa e não no local onde esta se encontra e se desenvolve (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005). A partir de 2000 é assumido em diversos serviços de diferentes países, como no Canadá, na Nova Zelândia, na Austrália e outros (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Os autores apontam que este referencial nasce na tentativa de mapear uma meta-teoria realista e pragmática, que ajude as pessoas através da narrativa e nasce na necessidade da enfermagem de saúde mental ter um foco mais específico de intervenção

Os autores, marido e esposa, apontam a importância da própria experiência pessoal e profissional baseada no interesse da natureza do cuidado, para além de toda a pesquisa, projetos clínicos e estudos-piloto, como fontes para o desenvolvimento do *Tidal Model* (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O modelo assume que a vida é um oceano de experiências, em que a mudança é constante e inevitável e portanto nada dura para sempre, embora muitas vezes as pessoas lutem para tentar manter as coisas iguais, o que só por si já é gerador de decepção e sofrimento (Barker &

---

<sup>6</sup> Traduzido do original: “(...) often report loss of «sense of self».”

<sup>7</sup> Optamos por utilizar a designação no idioma original, sendo que na tradução livre do autor pode entender-se como “*O Modelo de Marés*” ou “*A Teoria da(s) Maré(s)*”.

Buchanan-Barker, 2005). Os autores assumem que as mudanças constantes e inevitáveis são desafiantes, colocando as pessoas perante necessidades reais e concretas, causadoras de problemas e dificuldades, pelo que cuidamos ao 'fazer o que precisa de ser feito'. Para além 'desse' fazer, dirigido aos problemas atuais, é importante identificar o que é necessário para reduzir os problemas ou dificuldade futuras, isto é, o cuidado também passa pela antecipação dos problemas (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Portanto, o modelo enfatiza a necessidade de mudança e tem em conta que a mesma é inevitável, afirmando que as pessoas em sofrimento precisam sentir-se cuidadas. A identificação das necessidades nasce da parceria entre profissional e pessoa em sofrimento, numa relação de cuidado conjunta e de esforço recíproco, que evidencia a noção de "*cuidar com*" (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 37)<sup>8</sup>. Este esforço conjunto, entre quem ajuda e quem é ajudado, permite à pessoa emergir das águas angustiantes do sofrimento mental e permite-lhe recuperar a vida.

O *Tidal Model* é uma abordagem filosófica dirigida à recuperação da saúde mental e não um modelo de assistência ou de tratamento de pessoas com perturbações mentais, embora essas pessoas precisem e recebam cuidados. O modelo é não prescritivo, embora não invalide esses métodos, e não se envolve com o distúrbio ou com a doença mental, isto é, o foco está na pessoa e na ligação estabelecida com ela, para que seja possível compreender verdadeiramente a sua situação (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005). Os autores apontam que o centro da estrutura do modelo é a cooperação com a pessoa, priorizando as suas perspetivas atuais e futuras, preservando a sua independência e a sua dignidade.

O empoderamento está na base do modelo. Afirma que as necessidades nascem e são identificadas com a pessoa, sendo um modelo sistémico e orientado para as soluções, que assume que a resolução dos problemas e a sua revelação ocorre com a mobilização dos recursos pessoais (Barker, 2001). Para isso é necessário dar voz à pessoa, escutar a sua história através das suas palavras, gerando assim uma prática baseada na narrativa (Barker, 2001).

A narrativa da pessoa assume de tal forma relevância neste modelo, que Barker (2001) afirma que "*o senso de si e o mundo de experiência da pessoa - incluindo a experiência dos outros - estão intrinsecamente ligados às histórias da sua vida e aos vários significados que lhe atribui*"

---

<sup>8</sup> Traduzido do original: "(...) *caring with*" (p. 37).

(p. 236)<sup>9</sup>.

Este modelo, centrado na pessoa, representa-a em três domínios, que embora distintos estão em constante inter-relação: o *“Self, o Mundo e os Outros”* (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 46)<sup>10</sup>. Para melhor entendermos o *Tidal Model*, vejamos que *“um domínio é uma esfera de controlo ou influência, um lugar onde a pessoa experimenta ou age aspetos da vida privada ou pública. Simplesmente, um domínio é um lugar onde se vive”* (Brookes, 2007, p. 632)<sup>11</sup>.

O *Self* corresponde ao local onde a pessoa habita, é o lugar privado onde vivencia a experiência dos pensamentos, dos sentimentos, das crenças e valores, das ideias e dos ideais (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005). Os autores apontam que, este mundo é conhecido apenas pela pessoa e é onde o sofrimento e a angústia mental têm o seu início, sendo necessário que o profissional atenda à necessidade de suporte emocional e manutenção da segurança física da própria pessoa e dos outros.

O domínio do Mundo corresponde ao lugar onde a pessoa partilha os seus sentimentos e pensamentos, emoções e o mundo que era inicialmente do domínio *Self* (Brookes, 2007). É neste domínio que teremos a capacidade de avaliar e definir com a pessoa as necessidades em cuidados de Enfermagem.

Os Outros, enquanto domínio do *Tidal Model*, é o local onde a pessoa desenrola a sua vida do dia-a-dia com aqueles com quem estabelece relação, como a família, os amigos, colegas e, claro está, os profissionais de saúde (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005; Brookes, 2007). A pessoa pode envolver-se em diferentes interações pessoais, que se influenciam mutuamente e que determinam relações entre os vários domínios.

Barker & Buchanan-Barker (2005) apontam que o modelo pretende fornecer suporte e orientação para a recuperação da pessoa atendendo aos três domínios apresentados. É importante que o profissional consiga assegurar que os cuidados dispensados estão enquadrados de forma coerente com os diferentes domínios da pessoa.

Essa coerência consegue-se, partindo da narrativa das pessoas e procedendo à *“Avaliação*

---

<sup>9</sup> Traduzido do original: *“The person’s sense of self, and world of experience – including experience of others – is inextricably tied to her/his life stories and their various associated meanings”* (p. 236).

<sup>10</sup> Traduzido do original: *“Self, World and Others”* (p. 46). Optamos por manter o termo *Self* no idioma original.

<sup>11</sup> Traduzido do original: *“A domain is a sphere of control or influence, a place where the person experiences or acts out aspects of private or public life. Simply, a domain is a place where one lives”* (p. 632).

*Holística*” (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 41)<sup>12</sup> das mesmas. Com esse modo de avaliar, os autores esperam que o Enfermeiro se foque no mundo da experiência, escutando a pessoa e proporcionando um lugar para a descrição e análise da mesma, que culminará na orientação da pessoa para a tomada de decisão informada e, portanto, estaremos perante uma pessoa mais capacitada. A ‘Avaliação Holística’ ocorre no domínio do Mundo e apresenta quatro dimensões, nomeadamente: (1) Os problemas atuais ou necessidades que a pessoa está a vivenciar; (2) A importância e tamanho desses problemas/necessidades; (3) Aspectos da vida da pessoa que podem concorrer para resolver ou responder aos problemas/necessidades; (4) Que acontecimentos são necessários para a pessoa procurar a mudança que percebe como positiva.

O *Tidal Model* é uma forma de olhar o mundo, um referencial que permite ao profissional entender o que significa a experiência da pessoa que está a cuidar e como essa pessoa pode ser ajudada a emergir, a recuperar. A partir de cada domínio, o Enfermeiro explora a experiência da pessoa através da sua voz, ou tal como já foi referido, da sua narrativa (Barker, 2001). É importante ter presente que a voz da pessoa acontece e torna-se concreta na linguagem da própria pessoa, e não quando é transformada em linguagem profissional, como ocorre em outros modelos.

Barker & Buchanan-Barker (2005) baseiam o *Tidal Model* em 6 (seis) princípios que se inter-relacionam e que devem guiar a relação terapêutica, tendo em conta a sua natureza e função. Em primeiro lugar, apontam a importância da *virtude da curiosidade*, na medida em que é esse o meio de acesso ao território da experiência da pessoa. Depois elencam a necessidade de reconhecer o *poder da agilidade e da habilidade* de usar os recursos disponíveis. Em terceiro lugar, atender que a pessoa deve ver *respeitados os seus desejos e vontades*, deixando de lado a vertente paternalista dos cuidadores. Em seguida, aceitar que apesar de parecer um *paradoxo*, a *crise* é uma oportunidade para a mudança. Em quinto lugar surge o princípio que aponta que a mudança se opera através de *pequenos passos*, ou seja, pessoa e profissional traçam objetivos que paulatinamente vão promovendo o crescimento e a recuperação. Por fim, este modelo procura a *elegância e a parcimónia*, enfatizando a importância de encontrar soluções simples que promovam a mudança necessária.

---

<sup>12</sup> Traduzido do original: “(...)Holistic Assessment.” (p. 41).

As soluções necessárias nascem e tomam forma através dos cuidados. De acordo com o modelo, o tipo de cuidados varia num *continuum*, em que o profissional ajuda a pessoa a compreender o alcance e a dimensão dos seus problemas e de que forma estes podem ser melhor resolvidos ou vivenciados (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Os cuidados prestados, podem ainda ajudar em situações futuras, na medida em que capacitam a pessoa para esses desafios. O *continuum* de cuidados de Barker & Buchanan-Barker (2005), apresenta-se como “*Cuidado Imediato*” (p. 40)<sup>13</sup>, “*Cuidado de Desenvolvimento [e] Cuidado de Transição*” (p. 42)<sup>14</sup>. O *cuidado imediato*, ponto inicial do *continuum*, é dirigido a problemas da vida imediatos e pretende ajudar as pessoas a descobrir ou a criar soluções para o seu problema a curto prazo. É uma abordagem “*altamente orientada para a solução*” (p. 41)<sup>15</sup>. Os *Cuidados de Desenvolvimento* encontram-se no outro extremo do *continuum*, que orientam para o desenvolvimento da compreensão da natureza e função dos problemas, bem como do desenvolvimento da capacidade de resolver ou enfrentar essas necessidades. Os *Cuidados de Transição*, ocupam o lugar mediano do *continuum*, e têm o objetivo de assegurar que a pessoa experimenta uma transição o mais suave possível, de um cenário para outro. Neste nível de cuidados de transição, fica evidente que o trabalho de equipa é fundamental, sendo necessário existir uma ligação e comunicação adequadas entre todos os membros, com a pessoa e com a família.

O modelo aqui em apreço é colaborativo, sendo que a pessoa e o profissional precisam de se comprometer através da aliança terapêutica que nasce na confiança. Barker & Buchanan-Barker (2005) apresentam um conjunto de dez compromissos que compilam a essência da prática do modelo e podem ser vistos como uma bússola que guia o caminho. Esses compromissos orientadores são: (1) “*Valorizar a voz*” (p. 215)<sup>16</sup> da pessoa, não só as dificuldades mas também as capacidades de superação e a esperança de crescimento; (2) “*Respeitar a linguagem*” (p. 215)<sup>17</sup> da pessoa, utilizando as suas metáforas e respeitando a sua história; (3) “*Desenvolver curiosidade genuína*” (p. 215)<sup>18</sup> para escutar a narrativa da pessoa, de forma a perceber as suas diferentes

---

<sup>13</sup> Traduzido do original: “*Immediate care*” (p. 40).

<sup>14</sup> Traduzido do original: “*(...)developmental care [e] (...)transitional care(...)*” (p. 42).

<sup>15</sup> Traduzido do original: “*This highly solution-oriented (...)*” (p.41).

<sup>16</sup> Traduzido do original: “*Value the voice*” (p. 215).

<sup>17</sup> Traduzido do original: “*Respect the language*” (p. 215).

<sup>18</sup> Traduzido do original: “*Develop genuine curiosity*” (p. 215).

dimensões; (4) “*Tornar-se aprendiz*” (p. 216)<sup>19</sup> porque a pessoa é o professor da sua própria história; (5) Ser facilitador da “*revelação da sabedoria pessoal*” (p. 216)<sup>20</sup> que a pessoa construiu com a sua vivência; (6) “*Ser transparente*” (p. 216)<sup>21</sup> na relação para que haja confiança entre os intervenientes; (7) “*Usar as ferramentas disponíveis*” (p. 216)<sup>22</sup> que a pessoa recolheu ao longo do seu trajeto; (8) “*Dar um passo além*” (p. 216)<sup>23</sup>, de forma a facilitar que a pessoa reconheça e inicie o percurso da mudança com vista à sua recuperação; (9) “*Dar o presente do tempo*” (p. 216)<sup>24</sup>, o qual constitui a peça fundamental e geradora da mudança; (10) “*Acreditar que a mudança é constante*” (p. 216)<sup>25</sup> e inevitável, e que ela pode conduzir à recuperação.

Ao contrário do modelo biomédico, que se afasta da experiência vivida pela pessoa privilegiando a doença e os seus sintomas, a abordagem através do *Tidal Model* ouve a história da pessoa, a sua narrativa, e desta forma confere-lhe o poder que necessita para promover a mudança na direção certa. Essa direção só pode ser identificada com a pessoa e nasce das suas necessidades ou problemas. Este modelo, desenvolvido por Enfermeiros e para Enfermeiros, recupera a importância da relação interpessoal na abordagem da saúde mental. Uma enfermeira escreve que “*os enfermeiros que trabalham dentro do modelo descobrirão em si a capacidade de desenvolver a enfermagem como uma prática terapêutica por si só*” (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 189), o que contribui para o desenvolvimento da enfermagem de saúde mental.

### 2.3. RELAÇÃO DE AJUDA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2002, p. 12) “*o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)*”, tal como a “*relação terapêutica promovida no âmbito do exercício (...) se caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel*”. Fica claro que a relação com a pessoa é central na prática da Enfermagem e que esta relação tem potencial terapêutico.

---

<sup>19</sup> Traduzido do original: “*Become the apprentice*” (p. 216).

<sup>20</sup> Traduzido do original: “*Reveal personal wisdom*” (p.216).

<sup>21</sup> Traduzido do original: “*Be transparent*” (p. 216).

<sup>22</sup> Traduzido do original: “*Use the available toolkit*” (p. 216).

<sup>23</sup> Traduzido do original: “*Craft the step beyond*” (p. 216).

<sup>24</sup> Traduzido do original: “*Give the gift of time*” (p. 216).

<sup>25</sup> Traduzido do original: “*Know that change is constant*” (p.216).

É Hildegard Peplau quem primeiramente dá relevo à relação enfermeiro-doente, alterando o paradigma e sendo “*considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica*” (Tomey & Alligood, 2004, p. 423). É a responsável por caracterizar e definir de forma científica a importância da relação no seio da Enfermagem, apontando-a como um instrumento terapêutico (Peplau, 1990). A Enfermagem é assim vista como um processo dinâmico e interpessoal, que tem o doente como parceiro e que é capaz de fomentar nele a força necessária para o seu crescimento e maturação. Na sua teoria das relações interpessoais, publicada pela primeira vez em 1952, a relação estabelecida entre profissional e doente, assume diferentes fases que alteram o papel e a função do enfermeiro, sem perder de vista o objetivo final, que é, encontrar soluções para os problemas da pessoa (Peplau, 1990). Para a autora, uma relação interpessoal de qualidade é capaz de reduzir a ansiedade do outro.

Após os enormes contributos de Peplau para a compreensão do fenómeno da relação interpessoal na Enfermagem, muitos têm sido os autores da disciplina que abordam e estudam este assunto como ponto fulcral dos cuidados.

No entanto, o termo «relação de ajuda» para denominar a relação de natureza terapêutica, deve-se a Carl Rogers, psicólogo americano, que afirma que esta *relação “pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo”* (Rogers, 1976, p. 26). Rogers é responsável pelo desenvolvimento da terapia centrada no cliente, que assume como premissa central que todas as pessoas são, por inerência, plenas de recursos. Neste modelo, as pessoas precisam de relações nas quais são aceites e o terapeuta deve usar habilidades como a empatia, a congruência e a aceitação incondicional para estar em relação com o outro. Sendo assim, a relação decorre numa base humanista e centrada na vivência da pessoa, o cliente, que é aceite incondicionalmente e com empatia, o que lhe permite mobilizar os recursos internos necessários para o seu crescimento, maturação e superação. O autor atribui extrema importância à compreensão do outro, enfatizando que não devemos julgá-lo mas sim compreendê-lo.

Como anteriormente referimos, são diversos os enfermeiros que têm apontado e estudado a importância da relação como intervenção terapêutica na prática de Enfermagem (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005; Chalifour, 2008, 2009; Lopes, 2005, 2018; Peplau, 1990; Phaneuf, 2005).

Para Phaneuf (2005), a relação de ajuda envolve uma interação verbal e não-verbal profunda, que é baseada na aceitação, no respeito e na compreensão, permitindo que o profissional dê-a o seu apoio à pessoa que precisa de ser ajudada. Esta relação favorece a capacidade da pessoa entender a sua situação, aceitá-la e, tornando-se autónoma, evoluir através das mudanças que opera na sua vida. Na relação de ajuda, o profissional procura promover o desenvolvimento e o crescimento do outro, incrementar a sua maturidade e proporcionar uma maior capacidade de fazer frente às adversidades (Phaneuf, 2005).

Importa reconhecer que a relação de ajuda exige empatia, interioridade e enorme concentração por parte do profissional, pelo que, é necessário atender ao momento e ao local, isto é, o enfermeiro não pode estar sempre em relação de ajuda, embora possa ter uma atitude empática, agradável e benevolente enquanto presta outros cuidados (Phaneuf, 2005). O enfermeiro *“não está sempre em contexto de relação de ajuda”* (Phaneuf, 2005, p. 325), sendo que esta intervenção terapêutica é necessária perante *“situações emocionalmente carregadas, carregadas de sofrimento ou de indecisão”* (p. 325).

Ficando claro em que situações a relação de ajuda deve ocorrer, vejamos que esta *“desenvolve-se no decurso de uma entrevista que visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira do compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano”* (Phaneuf, 2005, p. 324). A entrevista pode assumir um carácter mais formal ou então ocorrer durante a prestação de outros cuidados, embora por vezes possa ser difícil vislumbrar a distinção entre a relação de ajuda e a intervenção de ajuda do enfermeiro, associada a esses cuidados, a autora assume que devemos tomar como prumo o objetivo que está por detrás da intervenção. Estaremos perante relação de ajuda se o objetivo está centrado em responder ao sofrimento ou indecisão da pessoa, com potencial para promover o seu crescimento, a sua maturação e a sua superação.

Lopes (2018), em consonância com os restantes autores, afirma que *“todo o relacionamento tem potencial terapêutico; a relação não se limita a interação verbal, mas é sim um processo de partilha que envolve a pessoa toda e todas as formas de comunicação”* (p. 247)<sup>26</sup>. O ser humano é um ser relacional, pelo que as relações que estabelece assumem particular importância, tanto

---

<sup>26</sup> Traduzido do original: *“(…) the whole relationship has therapeutic potential; the relationship is not limited to verbal interaction but is rather a process of sharing that involves the whole person and all forms of communication”* (Lopes, 2018, p. 247).

do ponto de vista desenvolvimental como durante as experiências de saúde/doença e mais que o processo fisiopatológico, a doença é uma experiência humana (Lopes, 2018). A forma como o enfermeiro se coloca perante e com a pessoa tem impacto nessa experiência, sendo fundamental atender àquilo a que Lopes (2005) chama “*arte da presença*” (p. 221). O autor aponta que existe um conjunto de características que o terapeuta deve desenvolver, como a preocupação, a empatia, a pré-consciência, a facilitação e a genuinidade.

Do trabalho de Lopes (2005, 2018) destacamos as suposições relativas à forma como se manifesta a relação enfermeiro-utente. A relação assume dois componentes distintos mas interligados. (1) A relação como contexto de todo o cuidado, que deve estar presente na consciência do enfermeiro, que decorre em determinado ambiente que pode ser manipulado em favor da própria relação. De acordo com a natureza da interação, nesta componente ocorre o processo de avaliação diagnóstica, que prevê uma avaliação/reavaliação contínua, sistemática e dinâmica, através da conjugação de diferentes variáveis e integrada nos cuidados. O autor aponta ainda que esta componente é a timoneira da atuação do enfermeiro. (2) A relação como estratégia de intervenção terapêutica, ou instrumento terapêutico, é considerada uma intervenção autónoma que requer desenvolvimento pessoal e profissional, a consciência de si e o domínio de técnicas que permitam responder aos seus objetivos. Esta componente concretiza-se através de diversos instrumentos dos quais se destacam a gestão de sentimentos e a gestão de informação (Lopes, 2005, 2018).

É importante atender que as duas componentes são dimensões do cuidado de Enfermagem, são praticadas de forma intencional e ocorrem de forma processual (Lopes, 2018).

Queremos destacar a importância do processo de avaliação diagnóstica,

“que permite uma leitura da complexidade da situação do doente e família em contexto e uma adequação sistemática da resposta da enfermeira. Estas características conferem-lhe centralidade no processo de relação enfermeiro/doente e atribuem-lhe um papel basilar na prossecução dos objetivos terapêuticos, finalidade principal da intervenção desenvolvida pela enfermeira” (Lopes, 2005, p. 226).

O enunciado por Lopes (2005) está em linha com outros autores, que orientam para a importância da pessoa ser envolvida no processo de diagnóstico, sendo necessário existir um trabalho colaborativo que permita que ambos participem na tomada de decisão (Ellis, 2009).

Lopes (2018) afirma que a avaliação sistemática da relação terapêutica contribui para que se consigam atingir os objetivos, na medida em que a avaliação contínua permite que o profissional

se repositone dentro da relação. O autor aponta que devem utilizar-se instrumentos bem validados na avaliação diagnóstica, para que mais tarde possam ser utilizados para a avaliação do progresso.

Portanto, os relacionamentos interpessoais são uma competência fundamental e a relação pode assumir o papel de intervenção terapêutica autónoma de Enfermagem, em que “o enfermeiro é um ‘instrumento terapêutico’ em si mesmos” (Lopes, 2018, p. 255)<sup>27</sup>. Para isso, como anteriormente já foi referido, é fundamental desenvolver competências pessoais e profissionais, onde se inclui o domínio de técnicas capazes de fazer do enfermeiro o instrumento terapêutico.

A esse propósito olhemos com atenção para o postulado por Chalifour (2008, 2009), que nas suas obras, apresenta os fundamentos da relação de ajuda baseados numa visão existencialista-humanista. A base do seu modelo afirma que a pessoa (denominada por cliente) tem recursos latentes capazes de serem mobilizados, o ser humano é um ser relacional e as qualidades pessoais e profissionais do enfermeiro (a quem chama interveniente), quando postas de forma consciente ao dispor da pessoa, são o principal instrumento de ajuda (Chalifour, 2008).

Os componentes do modelo de relação de ajuda proposto por Chalifour (2008, 2009) são: (1) o cliente; (2) o interveniente; (3) o contexto e o ambiente. O cliente é considerado um sistema aberto em interação com o ambiente, exposto ao stress e à ansiedade, que apresenta diferentes necessidades, como, sintomas, problemas, dificuldades de adaptação, alterações do comportamento e/ou alterações mentais. A terapia centra-se no significado que o cliente atribui à sua experiência. O interveniente, também um sistema aberto em interação com o ambiente, possui conhecimentos, habilidades, e tem a possibilidade de adotar atitudes que facilitam a relação, tais como, compreensão empática, respeito, autenticidade, compaixão e esperança. O interveniente, na sua atuação, tem comportamentos intencionais que vão no sentido dos objetivos que se pretendem atingir com aquela relação. O contexto tem variáveis que dependem do cliente, do interveniente ou do local onde a relação se efetiva, tal como o ambiente físico onde esta ocorre. Deve, o interveniente em parceria com o cliente, fazer a gestão correta das variáveis de contexto, de tal forma que se mostrem benéficas para o fim que se encontra em jogo.

Chalifour (2008) considera que, em contexto profissional, a relação de ajuda pode ser entendida como uma

---

<sup>27</sup> Traduzido do original: “(...) the nurses are the ‘therapeutic instrument’ themselves” (p. 255).

“interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade” (p. 33).

Existe uma evolução da relação estabelecida entre o profissional e a pessoa, ou entre o interveniente e o cliente, de acordo com a nomenclatura utilizada por Chalifour (2008). Definem-se assim três fases que evoluem ao longo do tempo, tendo em conta não só os objetivos traçados, como os papéis assumidos pelos participantes, o tipo de laços formados e da troca comunicacional propriamente dita. Estas fases foram definidas como, (1) fase de orientação da relação, (2) fase de trabalho ou emergência das identidades e (3) fase de conclusão da relação.

A fase de orientação da relação tem início no primeiro encontro e ocorre até que se encontre definida a necessidade de ajuda (Chalifour, 2008). Nesta fase começa a construção da relação através do acolhimento da pessoa, que deve ser feito com respeito e autenticidade e olhando-a tal como ela é. Espera-se que o profissional consiga, para além de outros aspetos, fomentar a confiança, definir com clareza os papéis a assumir e ajudar a pessoa a expressar as suas necessidades e problemas (Chalifour, 2008). Através dos dados colhidos o profissional pode estabelecer diagnósticos da situação e, assim, propor um plano de intervenção.

A segunda fase da relação de ajuda proposta por Chalifour (2008), denominada fase de trabalho ou de emergência das identidades, tem início com o esclarecimento da necessidade de ajuda e das expectativas da pessoa, e termina quando esta está pronta a concluir a relação. Nesta fase os participantes têm a oportunidade de se conhecerem, sendo que o profissional entende as capacidades e limitações da pessoa, e esta reconhece o alcance da intervenção do profissional. São definidas as estratégias que respondem às necessidades da pessoa que precisa de ajuda de modo a fomentar as aprendizagens e a consolidação dos comportamentos, e, através da relação estabelecida, o profissional encoraja a pessoa a expressar as suas emoções, as resistências e as necessidades, conduzindo-a por um processo de maior consciencialização.

A última fase denominada fase de conclusão da relação, diz respeito ao término da mesma. É fundamental que aqui o profissional prepare com a pessoa, a passagem para a vida do dia-a-dia, que partilhem as suas visões sobre a vivência dos encontros e que avaliem os objetivos que haviam sido traçados noutras fases da relação.

Chalifour (2008) aponta cinco estratégias que podem ser utilizadas na relação de ajuda, que

abarcam diversas intervenções de âmbito psicossocial e que podem responder às necessidades da pessoa. As estratégias apontadas *“são a terapia de resolução de problemas, a terapia do luto, a terapia de suporte, a terapia da crise e a terapia expressiva favorecendo a consciência-de-si”* (p. 126). É importante frisar que estas estratégias abordadas revestem-se de grande utilidade porque assumem um caráter prático, interventivo e direcionado a eventuais fenômenos que a pessoa possa estar a vivenciar.

Para além destas estratégias existem metodologias de intervenção, da competência do EEESMP, que são utilizadas como forma de responder às necessidades do Outro no decorrer da relação de ajuda e que devem ser consideradas, como o Aconselhamento, a Escuta Ativa, a Terapia por Reminiscências e a Reestruturação Cognitiva (Amaral, 2010; Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2011). Por Aconselhamento entende-se um processo de ajuda dirigido à identificação de necessidades, problemas ou sentimentos, com o propósito de mobilizar os recursos necessários da pessoa, para assim lhe dar resposta e favorecer o processo de tomada de decisão. A Escuta Ativa diz respeito a uma intervenção que passa por prestar atenção às mensagens verbais e não-verbais da pessoa e determinar o seu significado, respondendo de forma a encorajar a expressão dos sentimentos, pensamentos e preocupações. Por sua vez, a Terapia por Reminiscências utiliza a recordação de acontecimentos e vivências do passado como forma de promover o ajustamento e a melhoria da adaptação à situação presente. No que respeita à Reestruturação Cognitiva, é entendida como uma forma de intervir com a pessoa que promove a alteração dos padrões distorcidos do pensamento, alterando assim a perceção de Si mesmo e do mundo, e desafiando a que desenvolva um olhar mais condizente com a realidade.

Como temos visto, os diferentes autores evidenciam a importância do encontro que ocorre entre a pessoa e o enfermeiro, e assumem que essa relação de ajuda se estabelece preferencialmente no decorrer daquilo a que chamam de «entrevista» (Barker, 2019b; Barker & Buchanan-Barker, 2005; Chalifour, 2008, 2009; Phaneuf, 2005). A este propósito, os autores do *Tidal Model* afirmam que *“a entrevista tradicional pressupõe que uma história, pertencente exclusivamente ao indivíduo, esteja à espera para ser revelada, desenterrada ou despontada, sobre a qual os profissionais podem colocar uma camada de significado”* (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 25)<sup>28</sup>. De acordo com Barker (2019a), o diálogo é a forma mais fácil de entrar no mundo da pessoa

---

<sup>28</sup> Traduzido do original: *“Traditional interviewing assumes that a story, belonging uniquely to the individual, lies waiting to be revealed, unearthed or hatched, upon which professionals may impose a layer of meaning”*. (p. 25).

e a entrevista é uma forma de diálogo, que embora pareça simples, reveste-se de grande complexidade.

Para Chalifour (2009), a entrevista corresponde a

“um tipo particular de interações verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim” (pp. 59-60).

Para que a entrevista assuma a sua função e permita a revelação da pessoa ajudada é necessário atender que a mesma ocorre por etapas. De acordo com Chalifour (2009) existem cinco momentos que devem ser considerados: (1) “*Antes da entrevista*” (p. 69), que corresponde à sua preparação e ainda sem a presença da pessoa, em que o enfermeiro deve refletir e ter consciência de si; (2) “*O início da entrevista*” (p. 72), que se inicia no contacto e decorre até à clarificação das expectativas e dos meios a utilizar, passando pela delineação do objetivo e dos temas a abordar; (3) “*O corpo da entrevista*” (p. 78), que se inicia após a etapa anterior e termina quando se atinge o objetivo ou se esgota o tempo; (4) “*O fim da entrevista*” (p. 79), que tem início quando se atinge o objetivo ou se esgota o tempo até que as pessoas se separam, momento que deve ser utilizado para lembrar e avaliar objetivos, tecer comentários e, eventualmente, negociar ou prescrever atividades; (5) “*Após a entrevista*” (p. 81), já sem a presença da pessoa ajudada o enfermeiro retorna a momentos-chave da entrevista, para refletir e tomar contacto com algum tema em particular ou com sentimentos e emoções que possa ter sentido.

A entrevista toma forma através da relação e do diálogo estabelecido entre o profissional que ajuda e a pessoa que é ajudada. Esta ajuda orienta-se para a capacitação do outro, utilizando os seus recursos e proporcionando uma experiência que pode conduzir à mudança (Benjamim, 2008). Por sua vez, a mudança desejada exige um processo de aprendizagem e deve ser aquela que “*seja significativa para ele e lhe permita agir no futuro com mais êxito como pessoa*” (Benjamim, 2008, p. 60). Para que seja possível a entrevista alcançar os seus propósitos, o profissional deve mobilizar-se e trazer-se a si mesmo para o encontro e ter um desejo firme de ajudar, sendo fundamental que se conheça a si mesmo e confie nas suas capacidades, posicionando-se de forma honesta, ouvindo e absorvendo o outro (Benjamim, 2008). Com as competências adequa-

das o enfermeiro, através da entrevista de ajuda, procura compreender as necessidades da pessoa e, em simultâneo, intervir de forma terapêutica. Para ser eficaz é necessário que o profissional entenda que a relação de ajuda é peça central dos cuidados de Enfermagem e que esta deve ser orientada por firmes referências conceptuais.

## 2.4. INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

O EEESMP é chamado a prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicossocial, às pessoas e aos grupos, mobilizando contextos e dinâmicas, para que seja possível a manutenção, a melhoria e a recuperação da saúde daqueles de quem cuida (OE, 2018). Para além destes cuidados enunciados, é também competência do EE a intervenção psicoeducativa, que pode ser entendida como,

“uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos” (OE, 2015, p. 17039).

Embora haja registo da utilização de métodos educativos na prestação de cuidados terapêuticos desde meados do século XVIII, o conceito de psicoeducação só surge no início do século XX e, só muito mais tarde, já nos anos 80, é que a intervenção psicoeducativa se estabeleceu como uma forma adjuvante do tratamento da esquizofrenia (Bhattacharjee et al., 2011). A partir daí, o campo de abrangência da psicoeducação foi sendo alargado a diferentes contextos na área da saúde, onde se incluem, os cuidados paliativos, as doenças crónicas, como a hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares, e ainda, em contexto de saúde pública (Lemes & Neto, 2017). Para além disso, a intervenção psicoeducacional é considerada um complemento indispensável na abordagem e gestão da doença mental e psiquiátrica (Bhattacharjee et al., 2011), mantendo a sua importância na abordagem da esquizofrenia e, ganhando destaque, ao adjuvar no tratamento da perturbação bipolar, nas disfunções cognitivas, nos comportamentos aditivos e, também com importante significado, na abordagem às perturbações depressivas e da ansiedade (Bhattacharjee et al., 2011; Lemes & Neto, 2017; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009, 2011).

É importante clarificar que a psicoeducação não deve ser considerada uma forma de tratamento, devendo idealmente constituir-se como parte de um plano maior de intervenção com as pessoas que experienciam processos de saúde/doença (Bhattacharjee et al., 2011; OE, 2015).

A intervenção psicoeducacional, entendida como uma forma de educação, é há décadas vista como promotora do desenvolvimento de habilidades, nomeadamente, de habilidades gerais e de outras mais específicas (Authier, 1977). Como gerais, encontramos as habilidades de comunicação, as interpessoais e de relacionamento, sendo as mais específicas dirigidas a fenómenos mais concretos, como seja, a forma de lidar com a raiva, com a frustração, com os impulsos ou outros. No entanto, a intervenção psicoeducacional não se esgota no incremento das capacidades das pessoas, sendo que, o seu conteúdo e alcance pode ir bem mais além disso, estando apenas limitada pela imaginação de quem procura a ajuda e de quem a fornece (Authier, 1977).

Para além da componente didática, a psicoeducação pode ainda assumir um carácter psicoterapêutico, sistemático e estruturado, assente no incremento dos conhecimentos, no desenvolvimento de novas atitudes e na adequação dos comportamentos, permitindo assim que a pessoa desenvolva novas respostas a problemas de vida identificados (Bhattacharjee et al., 2011; Brown, 2005).

Dirigida a utentes, aos seus familiares ou a ambos, a intervenção psicoeducacional assume que as pessoas estão em constante desenvolvimento e conseguem descobrir em si a força necessária para serem mais autónomas (Marques, 2016). A autora aponta que a psicoeducação *“facilita a compreensão da patologia, promove a reabilitação psicossocial, diminui a sobrecarga na relação familiar, melhora a adesão ao tratamento farmacológico, contribui para a redução das recaídas e reinternamentos e promove hábitos e estilos de vida saudáveis”* (p. 272). Assumimos, portanto, que o conhecimento sobre uma determinada doença é fundamental para que as pessoas e os seus cuidadores possam ser capazes de delinear estratégias para gerirem essa mesma doença (OE, 2015).

Olhar para o processo educativo de base humanista, sustentado nos contributos de Carl Rogers e centrado no desenvolvimento da pessoa, é um contributo teórico importante. Denominado como não-diretivo, o papel do agente formador dirige-se à orientação do crescimento pessoal e assume-se como facilitador das relações interpessoais, como avança o mesmo autor. É necessário que haja um clima de aceitação, autenticidade, congruência e empatia, que proporcionará o desenvolvimento e o crescimento pessoal que são requeridos (Marques, 1998). Para

além disso, devem ser respeitados os sentimentos e as emoções do outro, favorecendo a sua expressão, exploração e clarificação. Equacionando quatro etapas do crescimento pessoal, a (1) expressão de sentimentos ou catarse, a (2) tomada de consciência e desenvolvimento de novas percepções, a (3) ação ou tomada de decisão e definição de novos objetivos, contribuem para a (4) integração, fase da autonomia, da confiança e de novos caminhos e soluções, de acordo com o apontado por Marques (1998).

A intervenção psicoeducacional pode desenvolver-se de forma individual ou em grupo e, ao longo do tempo, foram surgindo diferentes modelos ou abordagens, naturalmente associados às necessidades das pessoas e dos seus cuidadores (Bhattacharjee et al., 2011), os quais podem ser facilmente agrupados em quatro categorias principais, tendo em conta o que é enfatizado e os objetivos da intervenção. Assim, as diferentes abordagens podem assumir um caráter de (1) modelo de informação ou de (2) modelo de treino de habilidades, um (3) modelo de apoio ou, por último, um (4) modelo mais abrangente (Bhattacharjee et al., 2011). No modelo de informação enfatiza-se o conhecimento acerca da doença, sensibilizando para os aspetos fisiopatológicos e a sua gestão. No modelo de treino de habilidades, tal como sugere a sua denominação, valorizam-se os aspetos comportamentais necessários para a gestão adequada da doença e da sua vivência. Por sua vez, o modelo designado de apoio é geralmente uma abordagem grupal que se destina a envolver os doentes/família, com o objetivo de fomentar a partilha de experiências e sentimentos e assim contribuir para o incremento das capacidades emocionais. Desta forma, esta aposta na proximidade e na partilha pretende motivar, dar esperança e permitir o desenvolvimento de novas competências. O modelo mais abrangente, tal como sugere a sua denominação, faz a aproximação das diferentes abordagens, combinando informação, treino de habilidades e de suporte às pessoas e suas famílias (Bhattacharjee et al., 2011).

Uma outra visão também considera que a intervenção psicoeducacional, para além da vertente educacional e de treino de habilidades, pode assumir uma abordagem de autoconhecimento (Brown, 2005). A autora afirma que este tipo de intervenção psicoeducacional tem, de certa forma conseguido sobrepor-se aos grupos de aconselhamento e de terapia de grupo, embora seja importante perceber que nos grupos de psicoeducação o nível de autoconhecimento conseguido é mais baixo, a revelação não é tão evidente e as problemáticas não são tão profundamente trabalhadas. Importa que haja conhecimento adquirido e que o feedback dado pelos

outros membros fomente a compreensão dos processos, aumente a autoconfiança e proporcione, por essa via, tranquilidade.

## PARTE II

### 3. RELATO DA VIVÊNCIA FORMATIVA

A experiência formativa relevante na área da saúde mental teve o seu início, com as unidades curriculares do curso de especialização do mestrado em Enfermagem. Durante o percurso, fomos vivenciando acontecimentos que nos ajudaram a dirigir o foco para os cuidados a pessoas que experienciam fenómenos de sofrimento mental, associados à sintomatologia depressiva e ansiosa e, desta forma, desenvolver atividades que permitissem a aquisição de competências.

A percepção da enorme carga de sofrimento que podem causar nas pessoas e o consequente impacto no potencial de felicidade e bem-estar, estão entre os acontecimentos que nos fizeram privilegiar a temática referida. Para além disso, contribuiu para a decisão de dar destaque a esta problemática, a importante prevalência das alterações do humor e da ansiedade na população portuguesa (Almeida, 2018), a redescoberta da importância da relação e do enorme potencial que os enfermeiros têm, enquanto instrumento terapêutico, de conseguir influenciar positivamente a maneira como as pessoas experienciam os fenómenos de saúde/doença.

Tendo como mirante os conceitos já referenciados nos capítulos anteriores, importa esclarecer que consideramos como experiência depressiva, a vivência de um qualquer dos sinais ou sintomas já identificados, causando sofrimento e alteração funcional, sobrecarregando a pessoa e fazendo-a sentir como falhada, em uma ou mais das suas dimensões. No que à ansiedade diz respeito, fica claro para nós, que só a presença de ansiedade não tem que ser sinónimo da pessoa ser portadora de uma perturbação mental. Como já vimos, a ansiedade é uma resposta ao stress que pode por vezes ser a força motriz que conduz à mudança e à conquista de objetivos. Tendo em conta o trabalho que aqui se desenvolve, é importante apontar que entendemos a experiência ansiosa como a vivência do sentimento de apreensão, inquietação e receio, acompanhado de respostas físicas, cognitivas e comportamentais, que interferem com a qualidade de vida e o funcionamento da pessoa.

É a pessoa e a sua experiência que queremos evidenciar, dando-lhe todo o relevo e assumindo que, só dessa forma, os cuidados de Enfermagem são os adequados. Com os contributos

de Barker & Buchanan-Barker (2005) entendemos que o que define a pessoa é, principalmente, o conjunto das suas experiências. Torna-se fundamental e necessário permitir que as compreendamos verdadeiramente, o que só ocorrerá se estiverem reunidas as condições necessárias para que as pessoas tenham «voz».

Embora seja amplamente falado há décadas que se deve abandonar a visão do modelo bio-médico nos cuidados de saúde, de uma forma geral, e nos cuidados de saúde mental de forma ainda mais evidente, o que muitas vezes prevalece não é a «voz» da pessoa mas sim o seu diagnóstico. A este propósito, Ellis (2009) menciona que a palavra «diagnóstico» *“tem origem na palavra grega «diagnosekein», significa discernir”* (p. 142)<sup>29</sup>. Ora, discernir, distinguir ou separar, leva inevitavelmente a uma categorização ou classificação.

Após olharmos para os critérios estabelecidos na ICD-11 (OMS, 2019) e no DSM-5 (APA, 2014), já abordados neste documento e que categorizam as perturbações mentais, importa tecer algumas considerações sobre estas classificações, pois podem ser alvo de crítica e merecem a nossa reflexão. Barker (2019) alerta-nos que este tipo de classificação pode reduzir a pessoa a um conjunto de sintomas, medicalizar questões complexas da vida humana, ao mesmo tempo que a «imposição» de uma perturbação mental contribui para a manutenção do estigma social. Do ponto de vista mais prático, o diagnóstico tem o potencial de fazer as pessoas sentirem-se sozinhas e de, ao rotulá-las, condicionar o comportamento de outras pessoas para com elas (Ellis, 2009). Devemos ainda atender que a criação de um estereótipo, pode, de certa forma, despersonalizar o outro, fragiliza-lo e contribuir para o seu isolamento, podendo também acontecer que se avaliem todos os aspetos da sua vida, o que pode levar a pessoa a não partilhar toda a informação (Ellis, 2009). A mesma autora ajuda-nos a compreender que também o diagnóstico pode ter uma influência significativa do ponto de vista económico e financeiro, como por exemplo, dificultar o acesso aos créditos bancários ou à habitação. Portanto, é necessário que os profissionais não se foquem na doença, ao mesmo tempo que negligenciam outros aspetos da vida da pessoa. Barker (2019) alerta-nos ainda, que há aspetos sociais, políticos e culturais, que em determinada época incluem ou excluem patologias, o que nos leva a pensar até que ponto a realidade do diagnóstico é de facto concreta.

Ainda acerca do que vimos a referir, parece-nos importante ponderar e refletir sobre se as

---

<sup>29</sup> Traduzido do original: *“The term originates from the Greek word diagnosein, meaning to discern(...)”* (p. 142).

«perturbações» diagnosticadas a determinadas pessoas, e em determinadas circunstâncias, não poderão ser apenas desvios do «normal», aqui entendido como o mais frequente (Barker, 2019a).

Uma vez que as classificações acima apontadas, a ICD-11 (OMS, 2019) e o DSM-5 (APA, 2014) dizem respeito a diagnósticos médicos, entendemos que o diagnóstico médico se revela como mais um elemento, que a juntar a outras dimensões da pessoa, pode ser tido em conta para que possamos formular o Diagnóstico de Enfermagem (DE). O DE será assim *“um culminar da necessidade de ajuda que um indivíduo apresenta, para adequar as suas respostas de forma harmoniosa”* (Amaral, 2010, p. 12) e fazer face aos desafios que a vida lhe proporciona.

É importante ter uma referência que facilite a sistematização dos dados, de forma a contribuir para a tomada de decisão e a formulação adequada do DE, embora não possamos descurar que fazer diagnósticos sobre os outros, causa neles uma reação única (Ellis, 2009), e que os diagnósticos carregam questões que merecem reflexão, como de resto já foi apontado.

Ainda que houvesse outras alternativas, durante o percurso que aqui relatamos, optámos pela utilização do Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (PDEnf.) (OE, 2019) para auxiliar na sistematização dos cuidados. Este referencial utiliza os termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2016) e constitui um padrão que está ancorado nas áreas de intervenção específicas do EEESMP, pelo que os diagnósticos apresentados orientam para as intervenções autónomas destes EE e que colocámos em prática durante o Estágio Final – intervenção psicoeducativa e a relação de ajuda.

Tendo por base o PDEnf. (OE, 2019), com contributos da CIPE (OE, 2016) e Chalifour (2008), identificamos os DE e as manifestações da experiência depressiva e ansiosa dos utentes que encontramos ao longo do percurso formativo. Para lhe dar forma, construímos o quadro seguinte:

**Quadro 1** – DE e Manifestações, associados à experiência depressiva e ansiosa.

DE	Manifestações
<p><u>Humor Depressivo</u></p> <p><i>“Emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia (...)”</i> (OE, 2016, p. 62).</p>	<p>- Tristeza; - Labilidade emocional;- Desesperança e pessimismo; - Sentimentos de inutilidade; - Culpabilização excessiva - Diminuição do interesse ou prazer em todas ou em grande parte das atividades; - Diminuição da capacidade de raciocínio; Dificuldade de concentração; - Dificuldade em tomar decisões; - Alterações do padrão do sono.</p>
<p><u>Ansiedade Moderada ou Elevada</u></p> <p><i>“Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”</i> (OE, 2016, p. 40).</p>	<p>- Verbaliza a ansiedade; - Inquietude; - Nervosismo; - Preocupação excessiva; - Dificuldade na atenção e concentração; - Tensão muscular; - Taquicardia; - Impacto na funcionalidade da pessoa; - Score superior a 12, após aplicação da Escala de Hamilton (Chalifour, 2008).</p>

As respostas humanas aos processos de vida são muito diversas, multidimensionais e dependem de diversos fatores. Sendo assim, os dois diagnósticos acima apresentados não esgotam a possibilidade de outros DE serem identificados quando estamos perante uma pessoa que experiencia ansiedade ou humor deprimido. A título de exemplo, outros diagnósticos que podem ter muita importância e que se podem encontrar no PDEnf. (OE, 2019) são: Autocontrolo comprometido, Autoconceito Comprometido, Comportamento Interativo Comprometido, Crise Familiar, Potencial de Recuperação, Risco de Suicídio e Stresse (OE, 2019). Para além destes importa ainda apontar o DE com o termo Iliteracia (OE, 2019), que irá ganhar destaque mais à frente devido às intervenções que encetámos.

O processo que permite chegar ao diagnóstico necessita que o enfermeiro formule uma hipótese relacionada ao problema da pessoa, que nasce da avaliação e *“que permite ao enfermeiro decidir o que mais precisa ser conhecido ou compreendido para que o diagnóstico seja feito”* (Ellis, 2009, p. 142)<sup>30</sup>. Cabe ao EEESMP proceder à avaliação da pessoa e, em parceria com esta, planear

<sup>30</sup> Traduzido do original: *“(...)which enables the nurse to then decide what else needs to be known or understood in order for a diagnosis to be made”* (p. 142).

e implementar as intervenções necessárias, sendo portanto necessário dar «voz» à pessoa e estar com ela em relação.

Avaliar, delinear diagnósticos de enfermagem e implementar intervenções não é suficiente. Para que a Enfermagem se afirme enquanto disciplina e profissão é fundamental que seja possível avaliar a efetividade das intervenções desenvolvidas, por forma a quantificar os ganhos em saúde alcançados. Para que isto aconteça é necessário que se considerem um conjunto de resultados e respetivos indicadores de estado que permitam medir as alterações que decorrem da ação dos enfermeiros. Para isso, utiliza-se a linguagem classificada que compõe a Classificação dos Resultados de Enfermagem, tradução de *Nursing Outcomes Classification* [NOC] (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010), que corresponde a um referencial que permite identificar os *outcomes*, ou seja, os resultados esperados e os respetivos indicadores.

A escolha dos resultados esperados, que podem ser dirigidos a uma pessoa ou a um grupo, é uma etapa do processo de raciocínio clínico (Moorhead et al., 2010). Desta forma, o enfermeiro identifica os diagnósticos ou necessidades, os *outcomes* e as intervenções que permitam avançar em direção aos resultados, com base na avaliação.

Durante o Estágio Final tivemos a oportunidade de nos debruçarmos sobre os aspetos que vimos a apontar, aprofundando conhecimentos através da pesquisa bibliográfica, da discussão com as orientadoras e colegas. Fomos cimentando a importância de atender que a avaliação é um processo que se requer contínuo, sendo fundamental ouvir e validar com a pessoa, tendo em conta as suas necessidades sentidas e expressas. Sendo assim, a pessoa está envolvida no processo de raciocínio clínico, devendo haver um trabalho colaborativo que garanta que ambos participam na tomada de decisão. Mais uma vez, é necessário ter presente que quando o profissional se foca demasiado no diagnóstico corre o risco de não tomar em conta a visão da pessoa (Ellis, 2009).

O instrumento que é capaz de nos levar a compreender verdadeiramente a situação da pessoa e as suas necessidades é a relação de ajuda, sendo necessário que o foco do profissional esteja na sua direção e na ligação que estabelece (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005).

A habilidade de formar e manter relacionamentos interpessoais é uma competência fundamental da prática de Enfermagem e a relação pode assumir o papel estratégico de intervenção terapêutica autónoma (Lopes, 2018). Para além da componente de intervenção terapêutica, é

também na relação que tem lugar a avaliação diagnóstica, sendo que ambas são dimensões do cuidado de Enfermagem, são intencionais e processuais, e inter-relacionam-se (Lopes, 2005, 2018).

Verificamos que a relação de ajuda se efetiva muitas vezes através de entrevista, momento de especial relevo por permitir o encontro entre o enfermeiro e a pessoa. Em Chalifour colhemos os aspetos relacionados com os diferentes componentes do modelo de relação de ajuda e a sua interação recíproca, as questões relacionadas com as características da evolução da relação estabelecida e estratégias a serem utilizadas para a consecução dos objetivos (Chalifour, 2008, 2009).

Afirmamos que os seis princípios que guiam a relação terapêutica e os dez compromissos orientadores da prática, defendidos no *Tidal Model* (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005), constituem uma base filosófica do cuidar em Enfermagem que permite estabelecer uma verdadeira e proveitosa relação. Por sua vez, uma relação adequada é o que o enfermeiro e a pessoa necessitam para empreender a avaliação diagnóstica e, também, a intervenção terapêutica.

A aquisição das competências necessárias de EEESMP<sup>31</sup>, o qual consideramos um mestre da prática clínica na área da saúde mental e psiquiatria, com especial relevo para a área relacional, deve-se ao contributo de experiências pessoais, interpessoais e académicas, do percurso efetuado, principalmente durante o Estágio Final, cujo projeto inicial se encontra em Apêndice I. Vejamos que a definição deste projeto é também uma atividade do estágio, e que ainda assim englobou outras, como a pesquisa bibliográfica, a discussão com os orientadores e a reflexão. Neste projeto inicial definiram-se três objetivos, nomeadamente, (1) Desenvolver um projeto de intervenção psicoeducativa para pessoas com perturbação mental comum inscritas na USF, (2) Consolidar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e (3) Realizar uma Revisão Integrativa da Literatura que se constitua como item de avaliação do Estágio Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Como dizia respeito a um projeto inicial foi, inevitavelmente, sofrendo alterações ao longo do tempo, onde se inclui a reformulação dos objetivos, como se pode verificar ao longo do relato

---

<sup>31</sup> Também as competências de EE são necessárias para esta construção e o presente relatório, como já foi afirmado anteriormente, compreende também a aquisição das competências do grau académico de mestre.

que compõem este documento. A título de exemplo, evidenciamos o enfoque que posteriormente demos à pessoa com experiência de sintomatologia depressiva e ansiosa em lugar da perturbação mental comum. Isto ocorre porque, tal como já anteriormente fizemos referência, queremos destacar a pessoa e a sua experiência ao invés de evidenciar a perturbação mental. Recordemos que Barker & Buchanan-Barker (2005) afirmam que são as experiências que definem as pessoas.

Como este momento teve o contributo de outros, nomeadamente do Estágio I, sempre que se justificar faremos menção a essa ocasião, com o propósito de melhor enquadrar o que foi feito, como foi feito e onde se baseia.

Essas experiências pessoais, académicas e interpessoais, pese embora a presente separação que propomos por razões de organização e de facilidade de expor a nossa metodologia narrativa, estão intimamente relacionadas, interagindo, moldando-se mutuamente e constituindo uma experiência única. São meras conceituações de um percurso, com o propósito de o descrever e analisar, às quais correspondem um conjunto de atividades que foram desenvolvidas. Para melhor compreensão do que foi feito e da narrativa aqui documentada, construiu-se o esquema que em seguida se apresenta.

**Esquema 1-**Experiências e atividades desenvolvidas.



Nas experiências pessoais, apontamos os momentos de reflexão como atividade primária e cujo resultado vai sendo apresentado ao longo deste documento.

As experiências acadêmicas dizem respeito a um conjunto de atividades onde incluímos a pesquisa bibliográfica e as discussões com as orientadoras, a definição do projeto que foi pedido no início do estágio (Apêndice I) e a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura que constituiu um dos elementos de avaliação do Estágio Final.

A Revisão Integrativa da Literatura é uma metodologia que permite sintetizar o conhecimento de forma ordenada e sistemática, proporcionando uma melhor compreensão do assunto e permitindo a sua aplicabilidade no contexto de cuidados (Ercole, Melo, & Alcoforado, 2014; Souza, Silva, & Carvalho, 2010). A revisão integrativa é um dos instrumentos da Prática Baseada na Evidência, que por sua vez, corresponde a uma abordagem focada em trazer para a prática clínica e para o ensino, o conhecimento que apresenta maior evidência e que é fruto da investigação (Souza et al., 2010). Uma vez que atualmente é gerada uma quantidade enorme de conhecimento, há a necessidade de o sintetizar e escrutinar, para que a tomada de decisão seja adequada e segura. A revisão integrativa obedece a critérios específicos e é, de entre outras tipologias de revisão, a mais ampla e a que permite maior abrangência das fontes (Souza et al., 2010).

No trabalho de revisão efetuado utilizámos o modelo de pesquisa do Joanna Briggs Institute como opção metodológica (Aromataris E, 2017) para o desenvolvimento da mesma. Partiu-se da formulação da pergunta de pesquisa, de acordo com a metodologia PICOD, para em seguida se definirem os critérios de inclusão e exclusão dos artigos a incluir na revisão. Depois procedeu-se à pesquisa nas diferentes bases de dados, para recolha e, posteriormente, a análise crítica dos mesmos. Por fim, procedeu-se à discussão e apresentação dos resultados. Deste procedimento resultou um documento construído de acordo com as normas de publicação de uma revista científica.

Acerca desta revisão integrativa, cuja pergunta de pesquisa contempla a experiência depressiva e ansiosa da pessoa, não pode ser incluída neste documento porque foi submetida para análise e eventual publicação numa revista científica. Portanto, por questões éticas e devido ao compromisso assumido, não se fará aqui a sua publicação total ou parcial. Deixamos apenas a indicação da sua realização e que a mesma contribuiu para um maior entendimento do fenómeno que nos propusemos estudar, fundamentando o raciocínio clínico e a tomada de decisão. Para além disso, a sua realização permitiu-nos ganhar habilidade na utilização desta metodologia de pesquisa, que hoje se reveste de grande importância devido à enorme quantidade de conhecimento que se produz permanentemente.

No que diz respeito às experiências que denominamos de interpessoais, as mesmas assentaram primordialmente na relação. Desta forma, desenvolvemos atividades que permitiram estar em estreita relação com as pessoas, em grupo, através da intervenção psicoeducativa, e em contexto individual, em momento de relação de ajuda.

A literatura indica que a psicoeducação pode assumir, não só uma componente didática, mas também psicoterapêutica, na medida em que promove o conhecimento que pode levar a novas atitudes e comportamentos e assim potenciar novas respostas humanas aos desafios com que as pessoas se deparam (Bhattacharjee et al., 2011; Brown, 2004). Desta forma, e devido ao contexto onde decorreu o estágio, já explicado em capítulo anterior, pareceu-nos um ótimo desafio intervir num grupo com o propósito de levar até ele momentos de partilha e conhecimento, pois sabemos que isso é fundamental para que as pessoas possam delinear estratégias para gerir as suas necessidades (Phaneuf, 2005). Para além deste desafio, foi necessário proporcionar momentos de relação de ajuda, pois deparámo-nos com situações que considerámos que beneficiariam de uma intervenção desta natureza, efetivada através de entrevistas de ajuda. Assim, tendo por base a avaliação diagnóstica realizada nos encontros de psicoeducação, os momentos de entrevista de ajuda revelaram-se uma excelente forma de intervir junto da pessoa que experiencia sintomatologia depressiva e ansiosa, uma vez que permitiram contribuir para a capacitação do outro através da exploração dos recursos internos e externos, favorecer a autoconsciência e a consciência dos outros e promover o crescimento pessoal.

Tendo como atividades maiores do Estágio Final, por um lado a intervenção psicoeducativa, e por outro, a relação de ajuda capaz de promover o crescimento e maturação da pessoa, isso permitiu-nos adquirir e desenvolver, para além de outras, as competências relacionais em dois contextos distintos e bastante relevantes, o que para nós é visto como sendo de extrema importância. Dada a relevância destas duas atividades, dedicamos-lhe a partir daqui um destaque especial.

### 3.1. INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Como temos vindo a verificar, a intervenção do enfermeiro é uma tomada de decisão que tem em conta o DE, e este nasce do processo de raciocínio clínico. Para além disso, durante este

percurso de mestrado ficou bem claro para nós que a identificação dos resultados (*outcomes*) e dos respetivos indicadores é fundamental para permitir medir e avaliar o impacto das intervenções dos enfermeiros e, assim, alcançar e demonstrar os ganhos em saúde, com o consequente benefício para as pessoas e para a dignificação da profissão. Ora, desta forma, também a intervenção psicoeducativa que desenvolvemos durante o Estágio Final é fruto de uma tomada de decisão, cujo processo de raciocínio clínico, incluindo a identificação dos *outcomes*, importa aqui demonstrar e refletir.

Este processo de tomada de decisão teve o seu início com o conhecimento de que a EEESMP da USF onde o estágio ocorreu já equacionava e estava recetiva, bem como a restante equipa, a implementar um programa de psicoeducação dirigido a pessoas com alteração da saúde mental. Como já tivemos oportunidade de apontar no Capítulo 1<sup>32</sup> deste documento, a EE havia recebido uma breve formação e o programa encontrava-se estruturado em formato Microsoft Power-Point® (Anexo I), tendo sido disponibilizado pela Associação Eutimia para aplicação pelos profissionais da ARSA. Sendo assim, não havia impedimentos de qualquer ordem para a sua livre utilização.

O programa em causa encontrava-se estruturado em seis sessões sendo dirigido a pessoas com alterações da saúde mental e abordando seis temáticas, nomeadamente, (1) Psicoeducação e bem-estar geral, (2) Perturbação mental, (3) Depressão, (4) Ansiedade, (5) Somatização e (6) Estratégias de autoajuda. A documentação de apoio à apresentação do programa que a EEESMP tinha na sua posse não incluía outra informação relevante e não contemplava instrumentos de avaliação da referida atividade. Foi assim, na posse deste programa que iniciámos o Estágio I, com o objetivo de implementar o programa e desenvolver competências na relação com um grupo, o que foi conseguido através das sessões realizadas e que contaram com a participação de seis pessoas.

Após esta experiência inicial, com a consequente avaliação e inevitável reflexão sobre o momento, entendemos que tinha interesse continuar a intervenção psicoeducativa no Estágio Final. Considerámos ser um bom desafio proceder à adequação dos recursos a utilizar, a sistematização da intervenção, o recrutamento das pessoas e a organização das sessões e, deste processo de recriação e crescimento, a par com a experiência relacional de intervenção no grupo, desenvolver

---

<sup>32</sup> Capítulo dedicado à Caracterização do Contexto.

as competências necessárias para a consecução dos objetivos do último Estágio do curso de mestrado.

Continuando com a descrição do processo de tomada de decisão para a implementação da intervenção psicoeducativa, que temos vindo a fazer, importa dizer que a elevada prevalência da ansiedade e das perturbações do humor (Almeida, 2018), a expressa necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção da doença mental (DGS, 2017) e o impacto que a iliteracia pode ter na saúde das pessoas, contribuíram para que reconhecêssemos a importância de uma intervenção desta natureza.

A propósito de literacia em saúde, vejamos que a mesma diz respeito ao conhecimento, motivação e habilidade para as pessoas acederem, perceberem e aplicarem o saber na tomada de decisão em relação à saúde, aos cuidados e ao acesso aos serviços, de forma a terem mais e melhor condição, com o conseqüente aumento da qualidade de vida (OMS, 2013a). Desta forma, os mesmos autores apontam que a literacia é um forte determinante da saúde. Por sua vez, a iliteracia em saúde, relaciona-se com *“uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e, também, com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, levando a uma diminuição da qualidade de vida”* (DGS, 2019, p. 3). Se a isto acrescentarmos a evidência de que as pessoas que experienciam sintomatologia depressiva e ansiosa são grandes consumidoras de recursos (Almeida, 2018), o que está em linha com a perceção dos elementos da equipa de enfermagem e da equipa médica, que afirmavam que estas pessoas recorrem muitas vezes ao serviço e requerem muitos exames complementares diagnósticos, fica evidente a importância de intervenções que contribuam para o incremento da literacia em saúde.

Ora do raciocínio que vimos aqui a expor, importa para já deixar bem claro que o primeiro DE que consideramos, subjacente à intervenção psicoeducativa que nos propusemos a implementar, é o diagnóstico de Iliteracia. Baseado no PDEnf. (OE, 2019) e com os contributos de Amaral (2010), identificamos o De e as suas manifestações no quadro seguinte:

**Quadro 2** – Iliteracia como DE e as suas Manifestações.

DE	Manifestações
<u>Iliteracia</u>	- Revela conhecimentos insuficientes sobre: Recursos em Saúde Mental, Fatores protetores de Saúde Mental, Fatores de risco de Doença Mental.

As referências conceptuais que nos orientam a prática e a reflexão permitem-nos compreender que a intervenção psicoeducacional pode ter um papel psicoterapêutico, para além da componente didática (Bhattacharjee et al., 2011), ou seja, pode ir além de um estímulo cognitivo, assumindo um caráter de grupo de apoio. Importa mais à frente esclarecer este conceito e a forma como deve ser entendido no âmbito do trabalho que estamos a desenvolver.

A experiência do Estágio I permitiu-nos considerar e concluir que o programa de intervenção psicoeducativo que havíamos utilizado podia enquadrar-se num «modelo de informação»<sup>33</sup>, o que levou a que os participantes referissem que tinham a expectativa de poder ter uma maior participação nas sessões e mais tempo para expor os seus sentimentos. Dessas sessões que ocorreram no Estágio I, ficou claro que os participantes pretendiam partilhar as suas experiências. Da nossa reflexão e análise, conjugadas com as opiniões colhidas, concluímos que no Estágio Final desenvolveríamos uma intervenção psicoeducativa baseada num «modelo mais abrangente». Desta forma, seria possível conciliar aspetos de um «modelo de informação» com as de um «modelo de apoio», em que este último permitisse envolver os participantes e assim fomentar a partilha das experiências e sentimentos (Bhattacharjee et al., 2011). Desta forma, ser mais abrangente constituiu-se como uma fusão entre a informação e o apoio, levando a uma intervenção de caráter misto.

Neste sentido e tendo agora também subjacentes os DE «Humor Depressivo» e «Ansiedade Moderada ou Elevada», já anteriormente identificados e relacionados com a área a que nos dedicámos, e ainda o diagnóstico «Iliteracia», importa apontar a seleção dos resultados esperados e dos respetivos indicadores (Moorhead et al., 2010). Estes parâmetros têm o objetivo de permitir o julgamento do sucesso da intervenção psicoeducativa empreendida, permitindo equacionar os cenários possíveis e assim, após as intervenções, compreender o alcance e o desfecho da

<sup>33</sup> Como referimos no Capítulo 2, o modelo de informação foca-se no conhecimento acerca da doença, dando relevo aos aspetos fisiopatológicos e aos mecanismos de gestão da doença (Bhattacharjee et al., 2011).

mesma. Tendo em conta os NOC (Moorhead et al., 2010), identificam-se no quadro seguinte os resultados que julgamos terem interesse na problemática abordada, apontando os Resultados Esperados, a sua Definição e o Momento de Avaliação.

**Quadro 3** - Seleção dos Resultados Esperados, Definição e Momento de Avaliação.

<b>Resultados Esperados</b>	<b>Definição</b>	<b>Momento de Avaliação</b>
Equilíbrio do Humor	<i>“Adaptação adequada do tom emocional prevalente em resposta às circunstâncias”</i> (p. 628).	Inicial e Final
Conhecimento: controle da depressão	<i>“Alcance da compreensão transmitida sobre a depressão e as inter-relações entre causas, efeitos e tratamentos”</i> (p. 413).	
Autocontrolo da Ansiedade	<i>“Ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrentes de fontes não identificadas”</i> (p. 271).	
Bem-estar pessoal	<i>“Alcance da percepção positiva da própria condição de saúde”</i> (p. 323).	
Satisfação com os cuidados	<i>“Alcance da percepção positiva das instruções dadas pela equipa de enfermagem para melhorar o conhecimento, a compreensão e a participação nos cuidados”</i> . (p. 915).	Final

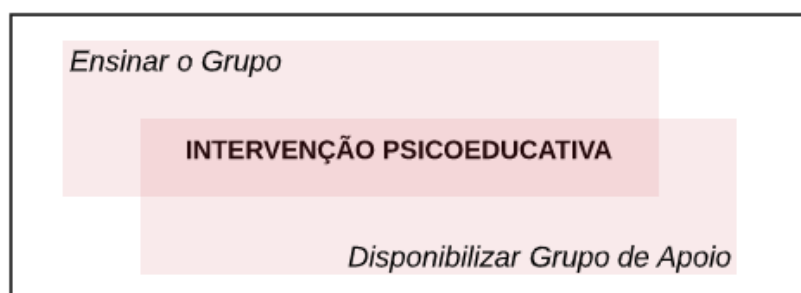
Os indicadores de resultado selecionados para cada um dos Resultados Esperados podem ser encontrados nas grelhas do Apêndice II. Para além da avaliação feita através dos resultados esperados, selecionámos a Escala de Hamilton como instrumento de avaliação da ansiedade, uma vez que como já tínhamos apontado neste relatório, a utilização de instrumentos bem validados permitem compreender o progresso e alcance das intervenções (Lopes, 2018). Optámos por esta escala por estar disponível na literatura nacional na versão para a língua portuguesa (Amaral, 2010). A sua aplicação teve lugar no momento inicial e final da intervenção psicoeducativa. Também no final do programa de intervenção psicoeducativa procedeu-se à Avaliação Global das Sessões, através da aplicação de um questionário que construímos para este efeito e que se encontra no Apêndice III.

Para além dos métodos que vimos a referir, o processo avaliativo contou também com uma autoavaliação do processo e do resultado, para a qual se adaptou a Grelha de Observação (Pereira, 2015) que pode ser consultada no Apêndice IV, constituída por itens divididos em 2

(duas) categorias, nomeadamente, (1) Avaliação da reação dos participantes e (2) Avaliação da sessão no geral.

Tendo em conta a experiência do Estágio I já anteriormente abordada, importa deixar claro que a intervenção psicoeducativa desenvolvida nasce da conjugação de 2 (duas) intervenções classificadas da prática de Enfermagem, nomeadamente, (1) Ensinar o Grupo e (2) Disponibilizar grupo de apoio (Amaral, 2010), conforme indicamos no seguinte esquema.

**Esquema 2** - Componentes da Intervenção Psicoeducativa implementada



Importa compreender que «Ensinar o Grupo» diz respeito a *“desenvolver, implementar e avaliar um programa de ensino, para um grupo de indivíduos com condição de saúde semelhante”* (Amaral, 2010, p. 91) e «Disponibilizar Grupo de Apoio» é uma intervenção que diz respeito a *“oferecer apoio emocional e informações relativas à saúde, envolvendo o utente num ambiente relacional de grupo”* (p. 90). Julgamos necessário clarificar que a intervenção não tem, nem pretende ter, um carácter de Terapia de Grupo, entendida como a *“aplicação de técnicas psicoterapêuticas a um grupo, inclusive com a utilização de interações entre seus membros”* (Bulechek et al., 2011, p. 447), cujas atividades não seria possível encetar por considerarmos não ter a formação adequada. Dada a natureza da intervenção decidimos que as sessões de psicoeducação teriam um limite máximo de oito participantes, o que, segundo Amaral (2010), se enquadra no definido para este tipo de intervenção.

Tendo tido a oportunidade de irmos esclarecendo o raciocínio clínico até aqui, apontando os diagnósticos, a seleção dos resultados e restantes formas de avaliação do processo e dos resultados, e enquadrando a intervenção psicoeducativa nas suas componentes ou vertentes, passemos agora a apontar a forma de recrutamento dos participantes. Para isto, começámos por definir critérios de inclusão e critérios de exclusão, sendo necessário ter em conta que contávamos com a equipa de enfermagem e com a equipa médica para nos ajudarem no recrutamento.

Sendo assim, indicámos o conjunto de diagnósticos de enfermagem e de diagnósticos médicos que constituíam os critérios de inclusão a utilizar pelas respetivas equipas, embora houvesse a possibilidade de incluir pessoas para além dessas condições. Os critérios de exclusão foram adaptados do trabalho de Sampaio, Sequeira, & Canut (2018). Para melhor compreensão, os critérios de inclusão e exclusão encontram-se no quadro seguinte.

**Quadro 4** - Critérios de Inclusão e Exclusão.

	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b> (OE, 2019)	<b>Diagnósticos Médicos</b> (APA, 2014)
<b>Inclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade moderada ou elevada</li> <li>- Autocontrolo Ansiedade comprometido</li> <li>- Autoconceito comprometido</li> <li>- Humor depressivo</li> <li>- Iliteracia em Saúde Mental</li> <li>- Stresse</li> <li>- OU Outras condições em que possa beneficiar do programa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perturbações depressivas</li> <li>- Perturbações da ansiedade</li> <li>- Perturbação dos sintomas somáticos</li> <li>- OU Outras condições em que possa beneficiar do programa</li> </ul>
<b>Exclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado confusional</li> <li>- Défice cognitivo grave</li> <li>- Agitação psicomotora</li> <li>- Sintomatologia heteróloga grave</li> <li>- Idade &lt; 18 anos</li> </ul>	

Após os critérios de inclusão e exclusão serem discutidos com a equipa de saúde, enfermeiros e médicos, iniciou-se o recrutamento no mês de outubro de 2019 conforme previamente delineado no projeto do estágio (Apêndice I).

O recrutamento foi feito essencialmente por chamada telefónica, por sugestão da equipa de saúde e após um contacto pré-inicial feito pelo enfermeiro de família e/ou médico de família. Neste contacto prévio o utente foi informado que iria decorrer na USF uma intervenção psicoeducativa que abordava a promoção da saúde mental e, caso concordasse, seria contactado telefonicamente num futuro próximo com mais pormenores e datas de realização. Programou-se então fazer mais dois contactos telefónicos, um primeiro para ser mais concreto na explicação sobre o que nos propúnhamos desenvolver e informar da data e hora de realização e, um outro contacto mais próximo da data para confirmação da presença.

Desta forma, procedeu-se à programação do primeiro grupo (G1) com marcação da primeira sessão (S1) para o dia 05 de novembro de 2019. Contactaram-se telefonicamente no primeiro momento um total de catorze pessoas, com três recusas, três chamadas não atendidas e três que indicaram não ter disponibilidade para participar na data previamente definida. Posteriormente, no segundo momento, foram contactadas onze pessoas, inclusive as três que não tinham atendido a chamada anterior. Deste segundo momento resultou uma recusa, sete confirmações positivas para a data previamente agendada e três confirmações para um segundo grupo (G2) a iniciar em 19 de novembro de 2019.

Mais tarde programou-se um terceiro grupo (G3) para iniciar a intervenção em 27 de novembro de 2019 e procedeu-se a novo recrutamento. Desta vez contactaram-se nove pessoas no primeiro momento, do qual resultaram uma recusa e três chamadas não atendidas. No segundo momento contactaram-se nove (as oito anteriores elegíveis e uma outra pessoa que foi recrutada após o primeiro contacto), tendo resultado uma recusa, duas chamadas não atendidas e seis confirmações positivas.

Após o processo de recrutamento nem todos os elementos que confirmaram positivamente a presença vieram a comparecer ao início do programa de psicoeducação, tendo resultado um total de 13 participantes, conforme pode ser observado no quadro seguinte:

**Quadro 5** - Processo de recrutamento: contactos, recusas e elementos que iniciaram o programa.

	<b>Total de confirmações</b>	<b>Recusas</b>	<b>Iniciaram o programa</b>
<b>G1</b>	7	4	6
<b>G2</b>	3	-	3
<b>G3</b>	6	2	4
	<i>Total</i>		<b>13</b>

A intervenção psicoeducativa baseada no programa disponibilizado pela Associação Eutimia, como já foi referido, foi adaptada e ajustada de forma a responder à tipologia de intervenção que pretendíamos colocar em marcha. Foram planeadas seis sessões, a ocorrerem com uma frequência de uma sessão semanal com noventa minutos de duração e comportando potencialmente um máximo de oito participantes, como já referido.

A realização das sessões ocorreu numa sala do edifício e no mesmo piso onde fica situada a USF, embora o referido local esteja afeto a outra unidade de saúde que ali se situa. Uma vez que

a USF onde decorreu o estágio não possuía uma sala própria para o efeito, entrámos em contacto com o responsável da outra unidade que nos garantiu e disponibilizou o local. Não sendo muito amplo, comportava perfeitamente o número máximo de intervenientes e compunha-se de mesas, cadeiras, ar condicionado e janela que permitia a entrada de luz natural. Recorremos ao computador pessoal para utilizar um recurso em formato Microsoft Powerpoint® (Apêndice V) que permitiu e facilitou o acompanhamento dos conteúdos e atividades da intervenção pelos elementos que integraram os grupos.

Para facilitar a compreensão, os temas e objetivos das diferentes sessões encontram-se no quadro seguinte:

**Quadro 6** - Temas e objetivos das sessões da intervenção psicoeducativa.

<b>Número de Sessão e Tema</b>	<b>Objetivos</b>
S1 – Psicoeducação e bem-estar geral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a estrutura do programa de intervenção;</li> <li>- Definir as regras do grupo;</li> <li>- Conhecer atividades úteis para o bem-estar;</li> <li>- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.</li> </ul>
S2 - Perturbação mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender o conceito de perturbação mental;</li> <li>- Compreender a diferença entre sofrimento mental e perturbação mental;</li> <li>- Refletir sobre o estigma associado à doença mental;</li> <li>- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.</li> </ul>
S3 - Experiência Depressiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a diferença entre depressão e tristeza;</li> <li>- Refletir sobre os mitos e atitudes associados à depressão;</li> <li>- Compreender que existem diferentes formas de tratamento;</li> <li>- Compreender a relação entre depressão e suicídio;</li> <li>- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.</li> </ul>
S4 - Experiência Ansiosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as diferentes respostas de ansiedade;</li> <li>- Reconhecer que a ansiedade pode ser uma perturbação mental.</li> <li>- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.</li> </ul>
S5 - Experiência de Outros Sintomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a definição de somatização.</li> <li>- Perceber como pode ser feita a gestão dos sintomas.</li> <li>- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.</li> </ul>
S6 - Estratégias de Autoajuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer e aplicar diferentes estratégias de gestão dos sintomas da experiência depressiva e ansiosa.</li> <li>- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.</li> </ul>

A S1 contou no início com uma dinâmica de grupo, como quebra-gelo, pedindo aos elementos que procedessem à escolha de uma imagem a partir de um conjunto alargado, e contando que a sua apresentação partisse dessa mesma imagem escolhida. Após a apresentação foi pedido aos intervenientes que respondessem aos instrumentos de avaliação que estavam planeados para o início do programa (Apêndice II).

Todas as sessões foram organizadas para inicialmente se proceder à revisão do trabalho em casa, a apresentação da sessão, o desenvolvimento da mesma com a apresentação dos conteúdos e partilhas e, por fim, um resumo final sobre a sessão.

O trabalho em casa diz respeito e efetiva-se através de um documento, Registo Diário de Atividades (Apêndice VI), onde os intervenientes podem encontrar e registar diariamente diferentes atividades que potenciam a manutenção da saúde mental, nomeadamente, a organização diária, hábitos saudáveis de sono, atividade física, alimentação saudável e a interação social positiva.

Ainda na S1 foi dada a informação aos intervenientes de que nos encontrávamos a prestar cuidados de enfermagem naquela instituição de saúde no âmbito de um curso de especialização e de mestrado e que podiam desistir da participação nas sessões se assim o entendessem e sem ser necessário dar explicações.

Do total de treze participantes que iniciaram as sessões, houve dois elementos pertencentes ao G1 e G2 que desistiram, um deles após a primeira sessão e o outro após a segunda sessão. Os restantes intervenientes foram assíduos e pontuais.

No que diz respeito ao G1, o que iniciou em primeiro lugar, temos a referir que um dos elementos possuía um caderno de apontamentos onde fazia o registo dos conteúdos e tirava notas, o que consideramos ser demonstrativo do seu enorme interesse. Neste grupo apenas este elemento preenchia o Registo Diário de Atividades, enquanto os restantes intervenientes demonstravam resistência à sua realização. No sentido de compreender os motivos desta resistência<sup>34</sup>, na S3 optámos por explorar os motivos, questionando os elementos e permitindo a discussão sobre o assunto, concluindo que os mesmos não viam utilidade no preenchimento do referido documento. Num comportamento de aceitação, nas sessões posteriores continuámos a explorar

---

<sup>34</sup> Em grupos, a resistência é uma dinâmica natural e expectável sendo necessário explorar os motivos sem entrar em confronto com os intervenientes (Brown, 2005).

as atividades, comentando as tarefas que o elemento que utiliza o documento refere e dialogando com os outros sobre as tarefas que foram desenvolvendo, mas que não registaram.

Identificamos que o elemento que sempre se mostrou menos envolvido com o grupo, interagindo em menor grau e verbalizando que as situações de alteração da saúde mental tinham ocorrido no passado, não cumpriu o programa até ao fim.

Um outro participante, aparentemente mais superficial no envolvimento com o grupo, uma vez que revelou menor participação e capacidade reflexiva, e contribuía menos vezes para o debate, revelou na S1, que já tinha tentado o suicídio e falou mais profundamente sobre o assunto na S3. Não sendo expectável uma revelação pessoal desta natureza nas primeiras etapas de formação do grupo (Brown, 2005) permitiu-nos estar atentos e abordar o assunto com o cuidado que o mesmo merece.

A S1 do G1 iniciou-se com um episódio conflituoso que mereceu a nossa maior atenção e reflexão visto que nos reportou para a importância da preparação adequada do *setting*, sendo isso fundamental para dar confiança e segurança aos intervenientes (Brown, 2005). Vejamos que, após a entrada na sala e ainda antes da apresentação dos intervenientes, um dos elementos referiu que havia sido desconsiderado pelo funcionário administrativo da unidade de saúde, uma vez que não o teria encaminhado corretamente para o local onde iria decorrer a sessão psicoeducativa, tendo-lhe pedido para aguardar na sala de espera. Uma vez que o funcionário administrativo não nos avisou da sua presença, houve efetivamente uma desconformidade que motivou as queixas da utente. Na narrativa de descontentamento, afirma que sofre do estigma da doença mental, uma vez que através do tipo de medicamentos que estão na receita que o administrativo lhe entrega, partem do pressuposto que é doente mental. Neste tema, o estigma que sente, o mesmo elemento voltou a falar por diversas vezes ao longo das intervenções, com outros elementos a reconhecerem terem passado por situações semelhantes em diversos contextos, ao sentir que não foram acolhidos e respeitados devido às alterações da sua saúde mental.

Para além do estigma também as dificuldades encontradas no seio da família, identificadas pelos diferentes elementos como incompreensão e falta de paciência, foram reportadas e narradas ao longo das sessões. Isto levou a que os diferentes intervenientes reconhecessem que os outros têm problemas, preocupações e reações semelhantes, o que facilita a identificação e reduz o sentimento de isolamento, sendo considerado por Brown (2005), um fator útil ao grupo e aos seus elementos.

Embora pese o episódio ocorrido na S1 que aqui apontámos, não houve outros episódios de conflito ou controvérsia, ainda que, de acordo com Brown (2005)<sup>35</sup>, tal pudesse ser expectável. Atendemos que a mesma autora nos indica que em grupos de psicoeducação, as exteriorizações das diferentes etapas manifestam-se de forma menos intensa que em outros tipos de grupos.

Importa ainda apontar que, para além do episódio da S1, mais dois elementos do G1 na S3, revelaram tentativas de suicídio anterior, tendo os restantes elementos reagido com respeito e mostrando altruísmo, otimismo e esperança durante a partilha.

O elemento que realizou apontamentos e tirou notas durante as sessões, foi ao longo das mesmas demonstrando uma enorme assertividade, colhendo enorme respeito da parte dos outros elementos o que foi particularmente notório após a S3, ocasião onde se discutiu o suicídio e, mais uma vez, os aspetos relacionados com o estigma associado à doença mental.

Ao longo das sessões o G1 demonstrou uma capacidade crítica e reflexiva adequadas, havendo questões e partilha de ideias que promoveram o debate, também para além dos temas, o que permitiu dar maior riqueza à experiência. O respeito entre o grupo, o comportamento de interajuda e a comunicação entre os participantes foram adequados, como de resto temos vindo a evidenciar. O episódio inicial já relatado não influenciou, aparentemente, as metas do grupo.

A apresentação digital utilizada como recurso de apoio mostrou-se útil e responde ao esperado. No entanto, o documento do Registo Diário de Atividades só colheu o interesse de um dos elementos do grupo. Ao longo das sessões foi possível melhorar e adequar a linguagem e a postura utilizadas no sentido de integrar os princípios e compromissos do *Tidal Model* que definimos como orientadores da prática e da reflexão. Conseguiu-se cumprir o planeado, havendo a registar as interrupções que ocorreram na S3, S4 e S6, devido a outros profissionais que bateram à porta para acederem a materiais que se encontravam na respetiva sala ou para confirmarem quem se encontrava por lá. Estas interrupções quebraram a dinâmica do grupo e influenciaram negativamente o grau de atenção e o nível de profundidade da reflexão do grupo. Julgamos que teria sido benéfico encontrar uma solução que evitasse estas situações, como por exemplo, colocando na porta uma indicação sobre a atividade que estava a decorrer.

---

<sup>35</sup> Os grupos tendem a evoluir em 4 (quatro) estádios, (1) o início, onde os elementos se estão a conhecer e ocorre alguma dúvida ou apreensão, (2) o conflito e controvérsia, que pode ser dirigido ao líder ou a outros elementos, (3) o trabalho e coesão que corresponde à etapa de cooperação e, por fim, (4) o término, quando a separação está para breve (Brown, 2005). A mesma autora indica que em grupos de psicoeducação as manifestações das diferentes etapas são menos evidentes que em outro tipo de grupos.

Em relação aos principais aspetos positivos referidos pelos elementos do G1, podemos identificar as aprendizagens sobre a doença mental, a possibilidade de entender que outros também têm problemas semelhantes, normalizando assim a sua vida, e o estabelecer novas relações através das pessoas que conheceram. A larga maioria dos elementos considerou estar muito satisfeita com a experiência psicoeducativa.

Como aspeto a melhorar apontamos a necessidade de uma melhor organização da primeira sessão, uma vez que é fundamental a articulação cuidadosa com os elementos administrativos para evitar episódios desagradáveis.

O G2 iniciou a intervenção psicoeducativa com três elementos tendo um deles desistido após a S1. O referido interveniente revelou-se pouco envolvido e demonstrou pouco interesse nas temáticas que foram apresentadas e tratadas na S1, verbalizando que o único problema que tinha era a insónia. Para além deste elemento, também os restantes referiram alterações significativas no sono, com padrão de insónia inicial num dos casos e, no outro, insónia tardia.

Os dois elementos que participaram no total das sessões da intervenção efetuaram o preenchimento do Registo Diário de Atividades, o que permitiu abordar e discutir estratégias direcionadas para os padrões de sono alterados, tendo um dos elementos sido encaminhado para apoio médico com o objetivo de avaliar a necessidade de ajuste terapêutico.

Um dos intervenientes verbalizou ao longo das diferentes sessões o enorme sofrimento associado à experiência da sintomatologia ansiosa. A inquietação, o nervosismo e a dificuldade em se concentrar provocam um enorme impacto na sua vida pessoal, social e profissional. De acordo com a sua narrativa, a ansiedade só se instalou após a ocorrência de um assalto à sua habitação, que culminou num período arrastado de mais de dois meses sem dormir de forma reparadora e eficaz. Após o incidente e o sofrimento mental a ele associado, o percurso deste elemento veio a resultar num diagnóstico de perturbação depressiva e da ansiedade, segundo afirma. Além desta situação, partilhou que o cônjuge teve um problema ligado ao álcool, com consumo abusivo, o que levou a um período de separação que também contribuiu fortemente para a manutenção dos problemas de sofrimento e doença mental. No percurso empreendido durante a intervenção aponta por diversas vezes que sente o estigma da doença mental, o que é corroborado pelo outro elemento.

Esse outro elemento enfatiza que a sua experiência ansiosa tem origem no conflito conjugal

que se arrasta há algum tempo, devido ao facto do cônjuge estar totalmente focado no trabalho.

Neste percurso trilhado a três, os elementos demonstraram atitudes de aceitação e de compreensão, acompanhadas de muito respeito e apoio nos diferentes momentos de partilha. Foi bem notória a existência de fatores úteis ao grupo e promotores do crescimento e maturação dos elementos, como a universalidade ou semelhança, a atração e interação mútuas e a partilha de otimismo e esperança (Brown, 2005)<sup>36</sup>. Na S4, cujo conteúdo abordava a experiência ansiosa, um dos elementos teve um momento de catarse, permitindo-se libertar emoções reprimidas tendo vindo a verbalizar alívio e maior consciência pessoal.

Ao longo das sessões o feedback dos participantes foi bastante positivo, evidenciando a oportunidade de se sentirem apoiados e de poderem expressar livremente as suas preocupações e anseios relacionados com as alterações da saúde mental. Tal como no grupo anterior, o estigma social associado às perturbações mentais acaba por estar presente na vida destes elementos, que o verbalizam ao longo das suas narrativas.

A formulação de questões, a partilha de ideias e a contribuição para o debate, revelaram-se adequadas e com respostas assertivas da parte dos elementos, como temos vindo a relatar. Aliás, o comportamento de interajuda foi notório e a comunicação entre os participantes foi bastante compensatória para ambos, segundo relatam.

Os recursos mostraram-se adequados e as sessões decorreram sem intercorrências a registar. Os elementos referiram na avaliação global das sessões estarem completamente satisfeitos e que os aspetos positivos a registar são: a possibilidade de olhar para os pensamentos e a forma como estes surgem e influenciam a vida, a troca de ideias e de experiências que os tornam iguais e a possibilidade de falarem livremente sobre estes temas.

O G3 contou com a participação de quatro elementos, sendo que apenas um dos elementos não cumpriu o programa completo, pois faltou à S2 por razões de saúde. No que diz respeito ao preenchimento do Registo Diário de Atividades, apenas um dos elementos optou por não o utilizar, preferindo verbalizar as atividades programadas e realizadas.

Um dos participantes refere que é cuidador do cônjuge a quem foi diagnosticado uma forma

---

<sup>36</sup> Existe alguns fatores que contribuem de forma positiva para o alcance dos objetivos do grupo e, dessa forma, para o crescimento e maturação dos indivíduos (Brown, 2005). Para a autora, alguns desses fatores são: a universalidade ou semelhança dos problemas, o otimismo e esperança, altruísmo, atração e interação mútuas, desenvolvimento de habilidades sociais, a catarse e as preocupações comuns com fatores existenciais, como por exemplo a solidão.

de demência, provocando-lhe grande desgaste e sofrimento mental. Refere que este não é o único problema familiar que atravessa, visto que o divórcio recente do filho também contribui para o agravamento da sua situação. Afirma que se sente triste durante grande parte do dia e todos os dias, cansaço, associado a irritabilidade e a dificuldade em dormir.

Um outro elemento, com história de perturbação depressiva há décadas, afirma que se sente muito sozinho, embora seja casado. Esse elemento refere que sente estigma da parte do cônjuge em relação aos problemas do foro mental. Este aspeto do estigma frequente, também abordado e corroborado nos outros grupos, volta a ser aqui reiterado no G3 sendo confirmado pela totalidade dos elementos.

A experiência depressiva e ansiosa é observada por outro elemento do grupo como tendo a sua causa nas questões laborais, referindo que sente muitas vezes apreensão e inquietação e, por essa via, a tristeza acentua-se. Embora sentindo apoio familiar através do cônjuge e filho, muitas vezes sente-se sozinho e abandonado porque lhe parece que não entendem verdadeiramente os seus problemas de saúde.

Com uma experiência depressiva e ansiosa que considera ocorrer em simultâneo, outro elemento do grupo referiu que desde o início da adolescência que é acompanhado pelo medo, pela tristeza e pela dificuldade em ser entendido pelos outros. Para além dos problemas recorrentes no trabalho, que culminaram numa baixa prolongada e posterior despedimento, referiu que o cônjuge tem dificuldade em entender o motivo da sua dificuldade em melhorar. Este elemento assumiu necessitar de realizar exames complementares de diagnóstico com frequência, para assim conseguir diminuir a preocupação com eventuais doenças que possa ter. Além disso, descreve a ocorrência de diversos ataques de pânico e tentativas de suicídio anteriores.

Um dos elementos, por ter um padrão de comunicação mais ativo num grupo em que dois elementos tinham um padrão mais passivo, muitas vezes sobrepunha a sua narrativa, sendo necessário gerir a conversação para que a comunicação fosse adequada. Outro elemento, pelo padrão comunicacional assertivo que detinha, conferiu enorme suporte e apoio a todo o grupo, permitindo enorme aceitação e convergência.

O feedback colhido dos participantes revela a pertinência e relevância dos temas e conteúdos, havendo motivação para colocar questões, partilhar ideias e contribuir ativamente para o debate, principalmente da parte de dois dos elementos.

O respeito entre os membros foi constante, havendo um enorme espírito de interajuda e

houve manutenção de relacionamentos para além do grupo, com agendamento e realização de passeios e outras atividades. Os intervenientes apontaram como aspetos positivos, a importância de permitir encontrar estratégias para gerir os pensamentos mais negativos, conseguir enfrentar a ansiedade de forma mais eficaz e encontrar pessoas com problemas semelhantes. Na avaliação global das sessões consideram estar completamente satisfeitos com a intervenção.

Com a experiência interpessoal assente na relação e efetivada na intervenção psicoeducativa, foi possível verificar como a experiência depressiva e ansiosa ocorrem em paralelo e como têm um impacto considerável nas diferentes dimensões da pessoa e nos papéis que desempenha, como de resto é apontado pela literatura (Almeida, 2018; Goldberg & Huxley, 1992; McLaughlin, 2018; Muir-Cochrane, 2019; Videbeck, 2012). Verificamos que as narrativas respeitantes à experiência de sofrimento mental demonstram muitas vezes a busca para encontrar uma razão palpável e que facilmente seja entendida pelos outros, sendo perceptível que uma grande parte dos intervenientes identifica eventos concretos que relacionam com o início da experiência. A totalidade dos intervenientes do programa cumpria tratamento farmacológico dirigido às alterações psiquiátricas, apenas dois elementos haviam realizado psicoterapia no passado e nenhum tinha frequentado programas psicoeducativos. O que encontramos está alinhado com as referências conceptuais que nos orientam, que são claras a indicar que o tratamento farmacológico continua a ser a abordagem mais frequente para o suporte e tratamento das pessoas com alteração da saúde mental, embora as abordagens não farmacológicas fossem indicadas e aconselhadas (Almeida, 2018; McLaughlin, 2018; Muir-Cochrane, 2019; NICE, 2009, 2011).

Ao longo da intervenção psicoeducativa diversos elementos relataram tentativa de suicídio no passado, o que nos levou à reflexão e à busca por mais conhecimento sobre a abordagem adequada. O drama do suicídio atinge a pessoa, a família e o grupo social onde a mesma está inserida. É importante promover suporte aos indivíduos com ideação suicida e estar atento aos que estão em risco, como por exemplo os que experienciam perturbações depressivas. O suicídio parece constituir-se como um ponto de fuga de uma vida que perdeu o sentido e que a pessoa sente como imersa em sofrimento. A este propósito, Phaneuf (2005) refere que são os pensamentos catastrofistas e de tristeza que estão na base da ideação suicida, sendo necessário estar vigilantes e permitir a expressão dos sentimentos e emoções. A autora orienta para a importância das atitudes do profissional, salientando que este deve revelar-se como um porto seguro para os

sujeitos. Abordar o assunto e promover a alteração dos pensamentos catastróficos, são elementos fundamentais na ajuda e suporte a estas pessoas (Phaneuf, 2005).

Ao longo das dezoito sessões psicoeducativas respondemos às necessidades das pessoas através da mobilização dos conhecimentos, das habilidades e das competências pessoais e profissionais. Atuamos sempre no cumprimento escrupuloso do disposto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), nomeadamente no Capítulo VI, do Artigo 95.º ao Artigo 113.º da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, dedicado à Deontologia Profissional e considerado “*um pilar essencial para a prática [onde] se enunciam os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos (...) a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assumiu*” (OE, 2005, p. 7).

A relação que estabelecemos com os elementos assentou nos princípios orientadores do *Tidal Model*, nomeadamente, através do espírito de curiosidade pelas suas experiências, promovendo de forma constante a utilização dos seus recursos internos e externos (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Para além disso, foi nosso apanágio o respeito pelos seus desejos e vontades e utilizar a componente didática da intervenção para promover a crise como uma oportunidade de mudança que se efetiva em pequenos passos (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Orientámos as estratégias de solução de problemas com base em fórmulas simples, onde incluímos a normalização, a sincronização da linguagem, o reconhecimento e a verbalização da força do outro, recorrendo também ao elogio, e dando assim cumprimento à elegância e parcimónia que os autores do *Tidal Model* advogam.

Foi com espírito de aprendiz que nos colocámos *com* o grupo e os compromissos do modelo que nos guiou, foi uma ferramenta útil permitindo intervir com segurança. A valorização da «voz» dos elementos permitindo que a sua experiência possa emergir, respeitando a sua linguagem e em todo o tempo ser um facilitador da sua revelação, se isso for o mais adequado, e responder às suas necessidades (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Somos instruídos pelos autores a ser transparentes, genuínos e a promover o uso das ferramentas que o Outro recolheu ao longo da sua experiência de vida, fazendo crer que a mudança é constante, inevitável e preenchida de oportunidades.

Ao longo da intervenção encorajámos as pessoas a utilizarem uma escala de graduação das suas experiências de forma a promover a compreensão e integração das mesmas, permitindo a

sua análise de forma mais objetiva e proporcionando maior consciência de *si*, conforme o proposto no *Tidal Model* (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Partimos para esta intervenção com experiências prévia de intervenção em grupos, não só as que ocorreram no Estágio I, mas também outras provenientes do percurso pessoal e profissional. Para além do já abordado, falamos das características necessárias que fomos beber no *Tidal Model* (Barker & Buchanan-Barker, 2005), a capacidade de resumir, de ouvir e responder ativamente. Valorizámos e incrementámos a capacidade de mobilizar conhecimentos e esclarecer os elementos, revelando-se estas habilidades fundamentais a quem lidera um grupo psicoeducativo (Brown, 2010).

O estigma associado às pessoas com doença ou sofrimento mental emergiu naturalmente com uma enorme frequência ao longo das sessões, para além de ser tema e conteúdo do programa. Ficou claro que a totalidade dos elementos participantes reportaram serem vítimas de estigma em diferentes ocasiões. Através das suas narrativas entendemos que o estigma ocorre nos mais diversos ambientes, nomeadamente, no seio familiar, entre amigos, na esfera laborar, na utilização dos serviços público e outros. O estigma isola a pessoa, promovendo o sentimento de abandono, de insegurança, de solidão e, conseqüentemente, aumentando ainda mais o seu sofrimento. Urge operar mudanças sociais que alterem esta realidade, e todos somos chamados a contribuir para essa nova realidade em que a pessoa é acolhida e respeitada.

Nas diferentes sessões e com os diferentes grupos não teve importância somente o que foi dito, mas ganha especial relevo também aquilo que não foi verbalizado ou narrado. O comportamento não-verbal é fundamental para entender o que as pessoas estão a vivenciar, assumindo uma componente fundamental da comunicação (Phaneuf, 2005). Estarmos atentos a esta fonte comunicacional permitiu compreender intenções, sentimentos e medos, dúvidas, mas também alegrias, coerências e incoerências e, claro está, sofrimento e raiva. Como nos indica Phaneuf (2005), é necessário sabermos observar cuidadosamente porque as manifestações não-verbais podem ser ambíguas. Os traços físicos, a postura, o modo de andar, a mímica facial, os gestos e a voz, a proximidade e o afastamento, o toque, a forma de se vestir e de se apresentar (Phaneuf, 2005), tudo isto tem muito a dizer sobre a pessoa.

Constatámos ao longo das diferentes sessões que é muito frequente haver distorções cognitivas do discurso e que isso pode contribuir para a existência e manutenção do sofrimento

mental, sendo necessário identificá-las e sempre que necessário intervir na sua clarificação. Phaneuf (2005) indica-nos que estas distorções cognitivas permitem compreender a linguagem interior da pessoa, perceber as suas crenças e podem ser facilmente observadas no discurso. A autora aponta que constituem um fator com enorme influência na comunicação que se estabelece com os outros. Como exemplos destes mecanismos cognitivos temos por exemplo, a omissão que se caracteriza pelo enfoque numa determinada dimensão da experiência em detrimento de outras, ou então, a generalização que leva a que a experiência seja enunciada a partir de uma pequena parcela da mesma (Phaneuf, 2005). Para além destas, outras distorções apontadas pela autora, como a abstração seletiva de aspetos da experiência, a falsa relação de causa e efeito, a maximização do negativo e a minimização do positivo foram também facilmente observadas nas diferentes sessões da intervenção.

Outros fenómenos que merecem a nossa atenção e reflexão dizem respeito aos processos de transferência e contratransferência que podem surgir no seio de uma relação e também nas relações estabelecidas no seio de um grupo. A transferência diz respeito a sentimentos e emoções da pessoa ajudada que são inconscientemente dirigidos à pessoa que ajuda, enquanto na contratransferência ocorre o inverso (Phaneuf, 2005). Estar atento permite compreender e ajustar os fenómenos, podendo assim trabalhá-los e aproveitá-los para promover a mudança necessária nos intervenientes.

Da avaliação da intervenção psicoeducativa julgamos que poderia ser vantajoso incluir uma entrevista inicial que permitisse contactar os intervenientes de forma individual de forma a aplicar os instrumentos de avaliação. Verificámos que os instrumentos exigem que estejamos atentos a cada pessoa, fornecendo esclarecimentos e clarificando os diferentes indicadores de resultados.

Dos resultados esperados e respetivos indicadores seleccionados verificamos que os intervenientes reportam um aumento do conhecimento do controlo da depressão, um incremento do autocontrolo da ansiedade e completa satisfação com os cuidados, este último em linha com os resultados da Avaliação Global das Sessões. Os restantes indicadores não revelaram alterações significativas entre o momento inicial e final de avaliação, nomeadamente, ao nível do Equilíbrio do Humor e do Bem-estar pessoal, sucedendo o mesmo com os resultados da aplicação da escala de Hamilton. Concluimos que fica claro que a intervenção psicoeducativa aumenta o conhecimento mas que o seu efeito sobre os restantes indicadores de resultado é mais modesto, o que

está em linha com o avançado pela literatura (Shah, Klainin-yobas, Torres, & Kannusamy, 2014; Wong et al., 2016). No trabalho de Wong et al. (2016) os achados demonstram que a intervenção psicoeducativa tem efeitos na redução dos sintomas de preocupação no período de cinco meses após a avaliação inicial, o que evidencia o potencial a longo prazo que não tivemos a oportunidade de verificar na nossa prestação de cuidados. Ainda a respeito dos resultados e como sugestão para o futuro, julgamos agora que numa abordagem psicoeducativa desta natureza, possa ter interesse a inclusão e avaliação de outros resultados, como a Motivação e a Resiliência Pessoal (Moorhead et al., 2010)<sup>37</sup>.

O término dos grupos decorreu de forma adequada, sem sinais de dependência por parte dos intervenientes, e fica claro para nós que a experiência relacional assente na intervenção psicoeducativa proporcionou uma oportunidade de incrementar as competências de gestão e liderança de um grupo. Para além disso, a exigência da mobilização dos conhecimentos sobre as temáticas e os conteúdos, constituiu um enorme desafio e permitiu cimentar o saber. Estar com o Outro, também em grupo, exige e proporciona um aumento do autoconhecimento e da autoconsciência, o que consideramos ter sido fundamental para a conquista das metas que traçámos para este percurso de aquisição de competências.

### 3.2. RELAÇÃO DE AJUDA

Como já foi referido, a relação assume especial relevo na prática da Enfermagem sendo um pilar essencial na prestação de cuidados e tendo um enorme potencial terapêutico. Portanto, a relação pode assumir um carácter de intervenção especializada, sendo assim considerada uma relação de ajuda. Para que esta relação tome forma e se faça presente é necessário que ela ocorra num determinado momento e local. A entrevista de ajuda é o meio que permite proporcionar esse fim maior, sendo assim o instrumento que torna possível desenvolver a relação de ajuda.

Ao longo do Estágio Final tivemos a oportunidade de construir relações de ajuda, empreendidas através de entrevistas de ajuda, que nos permitiram desenvolver competências de âmbito

---

<sup>37</sup> A Motivação definida como a *“urgência interna que leva ou incita o indivíduo a ação(ões) positiva(s)”* (p. 770) e a Resiliência Pessoal como *“adaptação e funcionamento positivos de um indivíduo após crise adversa significativa”* (Moorhead et al., 2010, p. 867).

comunicacional e relacional, e ainda praticar estratégias de âmbito psicoterapêutico. Estas entrevistas de ajuda ocorreram com três pessoas concretas, que identificaremos como Pessoa Um (P1), Pessoa Dois (P2) e Pessoa Três (P3), como forma de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados e das histórias apresentadas. Os registos dos temas emergentes e as expressões utilizadas pelas pessoas foram colhidos através da escrita, não se tendo procedido à gravação áudio por questões éticas.

A P1 é do género feminino, com cerca de sessenta anos de idade, casada, tem uma filha de trinta anos de idade, concluiu o ensino secundário, reformada e desenvolveu atividade profissional junto de vítimas de maus-tratos e de violência doméstica. Refere antecedentes pessoais de neoplasia da mama há cerca de quatro anos, tendo realizado quimioterapia e radioterapia, e fazendo agora *follow-up* anual. É também seguida em consulta por médico psiquiatra e está medicada com Trazone AC 150 mg (0+0+½), Efexor 75 mg (1+0+0) e Ansilor 1mg (½+0+½).

Após a S2 da intervenção psicoeducativa, aguardou que os restantes elementos do grupo a que pertencia saíssem e verbalizou que ultimamente se *“sente mais em baixo”* e que *“preciso mesmo de arrumar a cabeça”*. Apontou ter *“problemas com a minha filha por causa do seu companheiro”* e que *“mais uma vez sou transparente”*. Desta forma, ouvimos a P1 demonstrando aceitação, respeito e compreensão empática, e explicando que aquele não seria o momento ideal para a poder escutar, mas que poderíamos marcar uma outra data para o fazer, o que veio a ocorrer três dias depois.

Após a utente verbalizar a necessidade de ajuda, foi com expectativa que aguardámos o encontro de ajuda, refletindo sobre quais seriam as necessidades da pessoa e se nos seria possível dar resposta a essas mesmas necessidades. Sendo assim, poderá dizer-se que sentíamos alguma inquietação pelo momento de colocar em prática as habilidades necessárias à relação de ajuda, equacionando se estaríamos à altura de tamanha responsabilidade.

De forma a facilitar e a sistematizar a colheita de dados a efetuar na entrevista de ajuda inicial, definimos que utilizaríamos o modelo de avaliação holística do *Tidal Model* (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Sendo assim, propusemo-nos a desenvolver uma entrevista semiestruturada com a finalidade de recolher dados que permitissem uma avaliação diagnóstica, nomeadamente (1) conhecer a pessoa, (2) clarificar as suas necessidades de ajuda e (3) formular os DE.

Assim, na data previamente combinada e no local onde vinham a ocorrer as sessões de psicoeducação, e, portanto, já conhecido pela P1, recebemos e acolhemos a utente. A sala, com tamanho adequado para o efeito, com entrada de luz natural e temperatura adequada devido ao sistema de ventilação, foi por nós preparada antecipadamente, havendo uma mesa redonda e duas cadeiras que dispusemos de forma a garantir o conforto e a permitir um bom contacto visual, com o cuidado da mesa não constituir uma barreira física entre os dois. Após os cumprimentos iniciais, utilizando a linguagem verbal e o aperto de mão, a utente foi convidada a sentar-se. Apresentava-se com aspeto cuidado e roupas adequadas, revelando amenidade e verbalizando que o dia estava agradável embora se sentisse triste e por vezes ansiosa.

Desta forma, demos início à entrevista de ajuda referindo que nos encontrávamos ali na sequência do que a utente havia verbalizado no final da sessão da intervenção psicoeducativa e que teríamos cerca de sessenta minutos para a partilha. Referimos que os dados recolhidos poderiam ser utilizados para fins académicos, recolhendo assim o seu consentimento e garantindo o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

Ultrapassadas as questões iniciais, participámos à P1 que devido aos dados já conhecidos e verbalizados nas duas sessões de intervenção psicoeducativa, bem como o que partilhou após as mesmas, que nos parecia necessário e fundamental proceder a uma avaliação da sua situação recorrendo a um modelo previamente escolhido. Desta forma, seria possível conhecê-la melhor e clarificar as suas necessidades, para que assim conseguíssemos dar a resposta mais adequada e dentro das nossas competências.

Questionada sobre o que a preocupa e como tudo começou, a P1 verbalizou sentir-se *“muito em baixo”*, *“sem vontade para nada”* e com uma *“enorme sensação de vazio”*. Para além disso, afirmou que *“estou sempre inquieta e preocupada”* e que *“não consigo dormir”*. Revelou que associa este estado a um conflito familiar que se iniciou com um desentendimento com o companheiro da sua filha, num jantar de família há cerca de dois meses, em que o mesmo a acusou de se intrometer demasiado na relação e de não permitir a autonomia da filha. A P1 diz que ao longo do último ano *“estive muito presente na vida da minha filha”* mas que só procedeu assim *“porque ela precisa muito de mim”*.

Da narrativa que empreendeu revelou que sente uma enorme tristeza atual e referiu que *“estão sempre a querer que eu seja transparente”*. Na exploração desta temática, afirmou que *“sinto-me transparente desde que sou criança”*, verbalizando episódios da infância, em que a

doença crónica da sua mãe era o *“único foco de atenção de toda a família”*.

Quando se buscou entender o impacto da situação atual nos relacionamentos estabelecidos, referiu o impacto negativo com o companheiro da filha, embora consiga ter boa relação com esta ainda que algo distante, e afirmou o bom relacionamento com o marido. Revelou opiniões negativas sobre si própria enfatizando que *“sinto que não consigo fazer nada bem feito”* e desvaloriza as percepções que os outros têm sobre si, tal como revelou ao afirmar que *“o meu marido diz que sou uma excelente esposa, mas ele só diz isso para me alegrar”*.

À medida que a entrevista foi decorrendo a P1 foi verbalizando aspetos da sua infância, chorando por diversas vezes, identificando que não só seria necessário abordar os assuntos atuais do relacionamento com o companheiro da filha como também que *“precisava que o tempo andasse para trás e assim melhorar o passado”*.

Quando questionada sobre as expectativas que tinha sobre a ajuda que lhe poderia ser fornecida, apontou que esperava ter um espaço *“onde pudesse desabafar”*, onde pudesse estar com *“alguém que a ouvisse”* e que lhe pudesse *“dar conselhos”*. Esclarecemos a P1 que a nossa posição de ajuda se foca no apoio, no suporte e na facilitação dos processos, para que a mesma pudesse encontrar em si própria os recursos necessários para fazer frente às dificuldades.

Ainda no decorrer da Primeira Entrevista (E1), identificaram-se como pessoas importantes na vida da P1, a sua filha, o marido, uma amiga que conheceu no hospital e que também teve neoplasia da mama e uma afilhada. Referiu gostar de caminhar na companhia do marido e de ocupar o tempo com jardinagem, leitura e em atividades de voluntariado.

Ao longo da E1 os temas foram emergindo de forma progressiva e finalizado o tempo previamente definido, verbalizamos que havíamos chegado ao fim e marcámos nova entrevista para poder continuar a relação de ajuda e a consequente clarificação das necessidades.

Assim, a segunda entrevista (E2) ocorreu uma semana depois, e permitiu aprofundar a sua narrativa e validar com a P1 os diagnósticos de enfermagem formulados a partir da E1, nomeadamente: Humor Depressivo, Ansiedade Moderada, Crise Familiar e Autoconceito Comprometido.

Assim, tendo em contas as necessidades identificadas com a P1, foi estabelecida uma aliança terapêutica em que ficou claro que através da relação estabelecida nos propúnhamos a trabalhar para explorar, capacitar e promover a mobilização dos recursos internos e externos promotores de maior bem-estar.

Foi o que aconteceu ao longo de um total de cinco entrevistas, que ocorreram com uma periodicidade semanal, na mesma sala e em que foi possível através de diferentes metodologias de intervenção responder às necessidades da P1, nomeadamente através do Aconselhamento, da Escuta Ativa, da Terapia por Reminiscências e da Reestruturação Cognitiva, conforme apresentado no quadro seguinte.

**Quadro 7 - DE e Metodologias de Intervenção com a P1.**

<b>DE</b>	<b>Metodologias de Intervenção</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Humor Depressivo</li><li>- Ansiedade Moderada</li><li>- Crise Familiar</li><li>- Autoconceito Comprometido</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aconselhamento</li><li>- Escuta Ativa</li><li>- Terapia por Reminiscências</li><li>- Reestruturação Cognitiva</li></ul>

Na utilização do Aconselhamento (Bulechek et al., 2011) destacamos a importância da demonstração da empatia, do respeito, da autenticidade e da cordialidade. Estando em relação com a P1 e utilizando esta metodologia de intervenção, podemos estimular a expressão dos sentimentos num ambiente seguro e ajudar a identificar, não só os problemas, mas também as respostas mais adequadas a esses mesmos problemas. Através do aconselhamento fornecemos informações adequadas, ajudámos a identificar pontos fortes, encorajámos a tomada de decisão e também apontámos as discrepâncias que identificámos nas narrativas apresentadas.

Estar em relação de ajuda com a P1 exigiu uma Escuta Ativa (Bulechek et al., 2011) constante, permitindo desta forma, estimular a expressão dos sentimentos, das crenças e das necessidades, e assim entrar na compreensão do seu mundo. Para isso foi fundamental estar focado na interação, deixando de lado os preconceitos, e a tendência muitas vezes automática de avaliação das causas de determinado pensamento ou comportamento. Importou ser sensível às emoções, estando totalmente presente e atender à comunicação verbal e não-verbal, pois só desta forma é possível estar verdadeiramente em relação de ajuda com o Outro. Das entrevistas empreendidas, principalmente na E2, salientamos as histórias de infância da P1 que emergiram como temas predominantes.

Foi a partir desta temática que vimos a necessidade de utilizar uma metodologia de intervenção baseada na Terapia por Reminiscências (Amaral, 2010), o que fizemos na E3 e E4. Assim

e por vontade expressa da P1, as duas entrevistas basearam-se na discussão e relato da história da infância. Tivemos assim a oportunidade de encorajar a expressão verbal de sentimentos negativos e positivos.

A utente começou por situar-se na morte da mãe, que ocorreu quando tinha doze anos de idade, identificando como pontos fundamentais a vivência em casa dos avós maternos dos doze aos quinze anos e, mais tarde, após os quinze anos, sair para morar com os tios. É a partir desta data que corta relações com o pai, pois os tios *“não permitiam que eu vivesse com o meu pai; mas eu também não queria”*. Referiu que sempre teve um enorme atrito com o pai, sendo que nem sequer o convidou para o seu casamento. Na brecha temporal da narrativa afirmou que se reconciliou com pai, já adulta, quando este estava doente e que nessa altura *“visitei-o e lamentei o que não vivemos”*. Considera que a avó materna foi uma segunda mãe, embora a mãe *“nunca tenha tido planos para mim”*. Referiu-se à mãe como *“alguém que todos protegiam por ser muito doente”* e recorda-a como estando sempre deitada na cama e que a chamava com frequência para a ajudar, e por vezes ainda lhe batia, pelo que as recordações que guarda *“não são boas”*. Afirmou que sente uma mágoa porque já nessa época era *“transparente ou como se não estivesse ali”* e que *“ninguém se sentou comigo alguma vez para fazer os trabalhos de casa”*.

Ao longo do processo de reminiscências ou de recordação proporcionámos apoio, encorajamento e demonstramos empatia pela história pessoal que a P1 estava a trabalhar. Foi na sequência desta metodologia de intervenção que a utente, após a E4, escreveu uma carta dirigida à mãe como forma de proporcionar um meio de despedida e de encerramento de uma fase, a qual, tivemos a oportunidade de ler, analisar e explorar na E5.

Outra intervenção que assumiu grande relevância foi a Reestruturação Cognitiva (Bulechek et al., 2011). Através deste método tivemos a oportunidade de ajudar a P1 a compreender que determinados comportamentos e emoções surgem por conta de autoafirmações que são irracionais, ou nascem em padrões de pensamento que são disfuncionais, como acontece nas generalizações excessivas ou na maximização do negativo e minimização do positivo, muito frequentes na narrativa da utente. Para além disso, ajudámos a P1 a analisar o impacto das redes sociais do companheiro da sua filha, e a forma como ela própria pode gerir as suas, para que isso não constitua uma fonte promotora de stresse. Assim, ao longo do processo de reestruturação facilitámos a verbalização de emoções e sentimentos negativos, ajudando à sua identificação e integração.

A experiência de relação de ajuda construída com a P1, efetivada através das cinco entrevistas que ocorreram em simultâneo com a frequência das sessões de psicoeducação, foi avaliada na E5 através da narrativa da utente. Segundo a mesma, os encontros permitiram fazer um percurso muito proveitoso em que tomou maior consciência de Si, *“alterou formas de pensar”* e dedicou mais tempo a outros aspetos da vida que lhe proporcionam maior satisfação, como por exemplo, estando mais focada na manutenção da relação com a filha e menos nos problemas da relação com o companheiro desta.

A utente designada por P2, do género feminino, com cerca de sessenta e cinco anos de idade, encontrava-se a frequentar o G3 da intervenção psicoeducativa, identificando com frequência que era cuidadora do marido, homem com cerca de setenta anos de idade, acometido por um processo demencial iniciado há cerca de três anos e com agravamento progressivo. Devido à exaustão que a utente verbalizou nas duas primeiras sessões, propusemos a realização de uma entrevista de ajuda com a finalidade de recolher dados que permitissem a avaliação diagnóstica, nomeadamente (1) clarificar a necessidade de ajuda e (2) formular o DE e, ainda, (3) implementar estratégias de intervenção adequadas. Assim a entrevista de ajuda realizou-se em data e hora previamente combinadas e no local onde decorriam as sessões de psicoeducação.

De acordo com a narrativa da utente, a relação com o marido *“estava desgastada há muito tempo porque ele nunca foi bom”*, verbalizando episódios antigos de desentendimento e referindo que, com tudo o que carrega do passado, agora, *“torna-se difícil arranjar paciência para ele”*. A P2 elencou com frequência as dificuldades em gerir os comportamentos do marido, que deambula pela casa ou tenta sair para a rua sem objetivo concreto, não colaborando nas tarefas domésticas e desarrumando as roupas e objetos. Para além dessa dificuldade, há ainda a apontar a recusa no cumprimento do regime terapêutico que contribui também para a exaustão da cuidadora. Outro aspeto fundamental que a utente referiu é a forma como todo o seu tempo fica tomado pela necessidade de cuidado ao marido, não podendo *“ser livre e fazer o que quer e precisa”*.

Durante a entrevista de ajuda foi fundamental a aplicação da Escala de Zarit<sup>38</sup> (Amaral, 2010),

---

<sup>38</sup> Escala que permite avaliar a sobrecarga do cuidador, através da avaliação de 22 itens, utilizando uma escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a Nunca e 5 corresponde a Quase Sempre. O score alcançado permite classificar três níveis de sobrecarga: sem sobrecarga, sobrecarga ligeira e sobrecarga intensa. Versão disponível em Amaral (2010).

cujo score alcançado apontou para uma sobrecarga intensa da P2, enquanto cuidadora do marido. Da utilização deste instrumento de avaliação destacamos o score máximo atribuído a uma grande parte dos itens, evidenciando a percepção de que o marido solicita mais ajuda do que aquela que efetivamente necessita, o nível elevado de irritação e esgotamento que atinge quando está perto dele, a perda de controlo da própria vida após a situação de dependência do marido e a autopercepção de quase sempre se sentir muito sobrecarregada por ter de cuidar dele.

Assim, tendo em conta a narrativa da utente e os objetivos da entrevista, bem como o DE Papel do Prestador de Cuidados Ineficaz (Amaral, 2010), identificado e validado com a utente, utilizaram-se como principais metodologias de intervenção o Aconselhamento (Bulechek et al., 2011), a Escuta Ativa (Bulechek et al., 2011) e o Encaminhamento, conforme apresentado no quadro seguinte.

**Quadro 8** - DE e Metodologias de Intervenção com a P2.

DE	Metodologias de Intervenção
- Humor Depressivo	- Aconselhamento
- Ansiedade Moderada	- Escuta Ativa
- Papel do Prestador de Cuidados Ineficaz	- Encaminhamento

Através do Aconselhamento e da Escuta Ativa demonstrámos respeito e autenticidade pela narrativa da P2, oferecendo informações apropriadas e necessárias relativamente às necessidades dos cuidadores de indivíduos com processos demenciais. Permitimos e fomentámos a expressão dos sentimentos e das preocupações, normalizando os processos de raiva e de culpa e apontando caminhos de facilitação.

O Encaminhamento da utente foi feito no sentido da sua participação numa formação dirigida a cuidadores informais, cuja intervenção foi da responsabilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora. Através desta articulação, a utente iniciou a frequência da ação em 18 de janeiro e terminou em abril, num total de sete sessões. Assim, ao longo deste período, a P2 teve a oportunidade de abordar diversos assuntos e temáticas, nomeadamente Educação sobre a Doença, Recursos na Comunidade, Cuidar do Cuidador e outros. Embora a maioria das sessões tenha decorrido já após a finalização do Estágio Final que aqui relatamos, temos conhecimento, através da EEESMP orientadora, que a utente frequentou com assiduidade a respetiva formação

e que esperamos tenha contribuído para responder às suas necessidades.

A P3, do género feminino, com cerca de cinquenta anos de idade, casada e mãe de dois filhos (um rapaz e uma rapariga com trinta e trinta e dois anos, respetivamente), frequentou as sessões de psicoeducação e na última sessão apresentava labilidade emocional, com choro fácil e a verbalizar pensamentos depreciativos sobre si própria. No final da sessão, por nossa iniciativa, pedimos à utente que aguardasse que os outros elementos saíssem para podermos dialogar e assim compreender o que se estava a passar. Foi desta forma que iniciámos uma entrevista de ajuda de cerca de cinquenta minutos, começando por verbalizar a nossa atenção e preocupação pelo comportamento que a P3 apresentou durante a sessão. Após este contacto, percebemos de imediato que a utente se encontrava disponível e com necessidade de aprofundar o assunto.

Com antecedentes de perturbação distímica, ansiedade e fibromialgia, medicada com antidepressivos e ansiolíticos, a utente encontrava-se desempregada há cerca de dois anos, tendo trabalhado anteriormente como ajudante de ação direta num lar de idosos.

No início da entrevista de ajuda, começou por referir um enorme sofrimento associado ao facto do marido não valorizar a sua condição de doente e afirmar que *“ele passa a vida a implicar comigo e isso só me causa desgaste”*. Da sua narrativa colhemos que o marido nunca colaborou nas tarefas domésticas, nos cuidados ou na educação dos filhos, o que sempre constituiu um enorme obstáculo à relação dos dois desde o início do casamento. Para além disso, referiu que ele a estigmatizava por ter problemas de saúde mental, dizendo-lhe muitas vezes que *“o que tens não é doença, tu não queres é trabalhar”*.

A P3 afirmou que muitas vezes desenvolve as atividades domésticas com enorme esforço e que só encontra força e motivação na tentativa de se afastar das críticas sistemáticas e da pressão exercida pelo marido. Esta relação, que considera *“tóxica”*, tem anos de evolução e ambos os filhos têm uma relação conflituosa com o progenitor, dizendo que o filho *“já desistiu do pai há muito tempo”*. A utente referiu que o marido tem um comportamento que não permite que ela manifeste a sua opinião, como aconteceu recentemente quando compraram um carro.

Embora aponte que ele *“tem culpa da minha doença, por tudo o que me fez ao longo dos anos”*, considera que conseguiu impor-se ao longo dos anos e, dessa forma ganhar algum espaço. Da sua narrativa, evidenciamos os episódios de saída de casa para caminhar pela rua como forma de se afastar do ambiente conflituoso e assim encontrar um tempo para reflexão. Afirmou que

“antes considerava-me muito fraquinha” mas que ao longo do tempo tem encontrado estratégias para fazer frente às adversidades.

A utente considera que a sua vida ao lado do marido tem sido sempre muito difícil, mas que não tem recursos para se afastar da situação e operar uma mudança total na sua vida, visto que não tem fonte de rendimento e não quer depender dos filhos.

Na sequência da entrevista compreendemos que o episódio de labilidade emocional, o choro fácil e a verbalização dos pensamentos depreciativos sobre si própria nascem do facto da P3 considerar que está muito desgastada pela vida conjugal e por não ter outras formas de ocupação. Assim, na sequência da entrevista de ajuda identificámos os DE e utilizámos as metodologias de intervenção que estão identificadas no quadro seguinte.

**Quadro 9 - DE e Metodologias de Intervenção com a P3.**

DE	Metodologias de Intervenção
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humor Depressivo</li> <li>- Ansiedade Moderada</li> <li>- Comportamento Interativo Comprometido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo de Resolução de Problemas (Chalifour, 2009)</li> <li>- Encaminhamento</li> </ul>

Utilizando o Processo de Resolução de Problemas (Chalifour, 2009), orientámos a nossa intervenção da busca de identificar e definir o problema, compreender as soluções possíveis, facilitar escolhas, planificar a sua implementação e permitir a sua avaliação. Assim e tendo em conta o prisma utilizado, compreendemos que o problema se prendia com a “sensação que estou sempre sozinha e que o meu tempo não faz sentido” e das soluções discutidas emergiu a possibilidade da P3 participar em atividades comunitárias.

Assim, e tendo por base o DE Comportamento Interativo Comprometido identificado e validado com a utente, procedemos ao seu encaminhamento para atividades de voluntariado e de Arteterapia, em parceria com outra instituição da cidade Évora. Através do contacto que estabelecemos com essa mesma instituição, foi possível uma articulação que permitiu que a P3 iniciasse efetivamente essas atividades na semana seguinte.

Para além desse encaminhamento, a utente ficou também referenciada para a EEESMP orientadora do nosso percurso, de forma a manter-se o acompanhamento, o suporte à sua situação

de vida e a avaliação das medidas implementadas.

#### **4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

A reflexão é um mecanismo capaz de promover a sabedoria prática, sendo uma fonte de conhecimento que permite tomar consciência da experiência e, por esta via, aumentar o *insight* e potenciar respostas mais capazes em situações futuras (Nunes, 2017). Assim, analisando o local de onde se partiu, as atividades desenvolvidas no percurso, as limitações e as fragilidades, podemos verificar e consolidar as competências adquiridas.

São as competências que permitem desempenhar com êxito um determinado papel, funções, tarefas ou atividades, correspondendo à integração de um conjunto alargado de habilidades, onde se incluem as de âmbito cognitivo, psicomotor e socio-afetivo (Phaneuf, 2005). Para se ser Enfermeiro, desempenhar esse papel e desenvolver atividades próprias da profissão, é fundamental possuir a formação académica, onde se inclui também a experiência do contacto com a componente clínica. Deste modo, todo o percurso tem importância, sendo nele e também através dele, da formação teórica à prática clínica e passando também pela reflexão, que essas habilidades necessárias se adquirem e desenvolvem.

Dada a natureza profissionalizante do Mestrado em Enfermagem, cujo relatório do Estágio Final vem sendo traçado neste documento, as competências consideradas adquiridas no percurso empreendido ao longo do período 2018/2020 dizem respeito às competências de mestre, às competências comuns do EE e às competências específicas do EEESMP.

As competências necessárias à obtenção do grau de mestre encontram-se inscritas no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, pelo Decreto-Lei n.º 115/2013, pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 e pelo Decreto-lei n.º 65/2018, das quais destacamos,

“ a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais (...); b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, (...); c)

Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, (...) de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida (...)” (p. 4162).

Por sua vez, o Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), refere que a *“a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades”* (p. 4745) que dizem respeito a quatro domínios inscritos no Artigo 4.º do mesmo diploma, *“a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).”* (p. 4745).

No que diz respeito às competências específicas do EEESMP, as mesmas encontram-se elencadas no Artigo 4.º do Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018), onde se observa que o EEESMP,

*“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; c) 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; d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”* (p. 21427).

O percurso de descoberta, de aquisição e desenvolvimento das diferentes competências de Enfermagem Especializada, com especial enfoque na área da Saúde Mental, teve o contributo não só do Estágio Final relatado neste documento, mas também do Estágio I, das Unidades Curriculares do ME e da integração da totalidade das experiências pessoais, profissionais e académicas.

Importa referir que a nossa atividade profissional foi desenvolvida em ambiente hospitalar na área médico-cirúrgica no período 2004-2018 e, posteriormente a partir de 2018 até à atualidade, na área dos comportamentos aditivos e dependências. Assim, os últimos dois anos da nossa prática têm sido dedicados à prestação de cuidados de enfermagem que, apesar de serem

ainda de âmbito generalista, já estão orientados para a área da saúde mental. Consideramos que este aspeto é importante porque teve um contributo determinante para a escolha da área de especialização e comporta experiências profissionais que acrescentam valor à totalidade da construção do ser EE, EEESMP e mestre em Enfermagem.

Neste percurso formativo empreendido, que cursou em paralelo com uma atividade profissional dedicada, trilhámos um caminho de descoberta que contou com diferentes contributos e que podem ser consideradas fontes de aprendizagem, como o conhecimento científico, o apoio e suporte proporcionados pela EEESMP orientador, a relação com os restantes membros da equipa de saúde e a experiência relacional com os utentes.

Em primeiro lugar destacamos o conhecimento científico colhido nas diferentes unidades curriculares do curso de ME, nas leituras cuidadas e permanente sobre as temáticas e na busca pela melhor evidência científica. Acerca deste último ponto, destacamos a realização da revisão integrativa da literatura, metodologia de investigação que contribuiu para fundamentar a prática e incrementar o saber sobre a própria metodologia e sobre o tema investigado.

O apoio e o suporte proporcionados pela EEESMP orientadora revestiu-se de grande importância para a aquisição de competências, visto que a partilha do seu *know-how*, a sua presença, as suas sugestões e disponibilidade, foram promotoras do desenvolvimento. Destacamos a supervisão efetuada nas sessões de psicoeducação onde participou em momentos-chave, conseguindo ser orientadora, mas também facilitadora da autonomia e da tomada de decisão. Para além disso, foi fundamental para a discussão dos casos trabalhados nas entrevistas de ajuda, partilhando as suas experiências e modos de atuação.

No que diz respeito à relação com os restantes membros da equipa de saúde, outras enfermeiras e médicos, queremos salientar a abertura e disponibilidade com que acolheram o nosso projeto de intervenção. Tivemos a oportunidade de vivenciar a partilha de conhecimento acerca da experiência depressiva e ansiosa, no quotidiano da prática e mais concretamente em duas reuniões de equipa, numa primeira reunião para efetuar a apresentação do projeto e uma outra para discussão do mesmo. Além disso, há ainda a referir a coparticipação dos outros membros, na seleção dos utentes que integraram as sessões de psicoeducação.

Por sua vez, a experiência relacional com as pessoas de quem cuidamos é o aspeto central dos Estágios e o objetivo maior de todo o conhecimento e experiências adquiridas ao longo do percurso. Assim, foi pela compreensão da importância da relação interpessoal na prática do

EEESMP que cumprimos um percurso em que priorizámos a relação em duas vertentes: (1) em grupo, através das sessões de psicoeducação e (2) de forma pessoal, através da relação de ajuda concretizada em entrevistas de ajuda.

Fica claro ao longo deste documento, que a nossa intervenção foi dirigida à pessoa com sintomatologia depressiva e ansiosa. Tendo em conta os DE primários identificados de humor deprimido e de ansiedade moderada ou elevada, verificamos que estes ocorrem e contribuem para um quadro de sofrimento e prejuízo funcional. Devido à grande incidência destes fenómenos na população e aos dados que apontam para a previsibilidade do seu aumento, julgamos que a nossa opção pelo ganho de competências nesta área revela-se uma mais-valia porque nos capacita para o futuro, numa área frequente e abrangente. Assim, a prática permitiu-nos desenvolver um conjunto de intervenções que consideramos serem de extrema importância na atuação do EEESMP e que cremos virem a ser muito úteis na resposta às necessidades e sofrimento das pessoas.

Para além da narrativa que já efetuámos neste capítulo, queremos ainda evidenciar um conjunto de outras habilidades e capacidades assentes num corpo de conhecimento, ou sejam, competências, que consideramos ter adquirido e desenvolvido durante o percurso formativo do ME, nomeadamente a competência de planeamento, de avaliação diagnóstica e de intervenção.

O planeamento dos cuidados, nomeadamente das sessões de psicoeducação e das entrevistas de ajuda, onde destacamos a necessidade de adequação dos recursos e materiais utilizados, da gestão do espaço, dos contactos com utentes e outros profissionais e dos encaminhamentos efetuados. A avaliação diagnóstica foi desenvolvida a partir da formação e manutenção de relações interpessoais com o outro, recorrendo à mobilização do conhecimento científico e colocando também a nossa experiência e a nossa intuição neste processo. Consideramos ainda importante, a nossa capacidade de colocar em prática um conjunto de intervenções, que contribuíram para a avaliação diagnóstica, mas que são também intervenção autónoma com potencial terapêutico, onde incluímos o aconselhamento, a reestruturação cognitiva e a escuta ativa.

Através da relação estabelecida, em grupo e/ou de forma individual, consideramos que demos resposta às necessidades, às dificuldades e ao sofrimento que decorrem dos processos de saúde/doença das pessoas a experienciar sintomas depressivos e ansiosos. Assim, para conseguir

dar esta resposta foi necessário mobilizar não só o nosso conhecimento, como já anteriormente referimos, mas também o nosso quadro de valores, as nossas atitudes e também as técnicas e estratégias de intervenção que vimos apontando. Em relação aos valores, queremos evidenciar a fidelidade à pessoa de quem cuidamos, a justiça, a importância de capacitar e acreditar no Outro, a liberdade e a autonomia que lhe conferimos e a solicitude. Só desta forma podemos ter atitudes que confirmam respeito ao Outro e que respondam ao que é esperado de nós enquanto Enfermeiros.

Assim, o percurso que efetuámos permitiu-nos compreender que a relação de ajuda é uma interação que utiliza o próprio Enfermeiro como instrumento. Nesta relação estivemos atentos aos fenómenos internos, como a transferência e a contratransferência, aos externos, como a importância do *setting*, observando a relevância que estes podem ter na relação estabelecida. Estar ciente disto é ponto de partida para conseguir estabelecer relações capazes de responder às necessidades da Pessoa.

Assentámos a prática e a reflexão numa abordagem filosófica dirigida à recuperação da saúde mental que indica que a mudança é inevitável e que a tentativa de manter a realidade inalterada é causadora de sofrimento (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Verificámos durante as sessões de psicoeducação e das entrevistas de ajuda que encetámos que isto se verifica no concreto das experiências dos utentes. Assim, assumimos que a mudança é inevitável e em parceria com os utentes, utilizando os princípios e os compromissos do *Tidal Model*, contribuímos para a definição e construção de novas perspetivas.

Neste percurso de cuidados as competências comunicacionais assumiram especial relevância, assim, estivemos despertados para a importância da comunicação, como meio da própria relação estabelecida e atentando não só aos aspetos da comunicação verbal mas também da comunicação não-verbal. Assim, tivemos a oportunidade de utilizar diferentes técnicas, das quais destacamos a capacidade de reproduzir mensagens que o utente nos transmitiu, de elucidar para permitir uma maior compreensão do assunto, de sintetizar e de fazer questões pertinentes. Para além disso, utilizámos o *feedback* e a revelação de nós mesmos, como forma de comunicar e também de facilitar a relação estabelecida.

Voltando à experiência relacional, na vertente de intervenção psicoeducativa, a mesma permitiu que nos mobilizássemos inteiramente, permitindo a mobilização e o incremento do conhe-

cimento e a capacidade de gerir o grupo através da comunicação assertiva, da escuta e da disponibilidade para os elementos integrantes.

Encetámos toda a experiência de contacto dos Estágios, onde prestámos cuidados a utentes a experienciar sintomatologia depressiva e ansiosa, com responsabilidade profissional e observando com rigor a salvaguarda das questões ético-legais, utilizando o quadro de valores que já referimos, garantindo o anonimato e a confidencialidade, e intervindo dentro das competências que possuímos e daquelas que viemos a desenvolver nesta experiência.

Julgamos que na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica estaremos numa fase de desenvolvimento das competências ao nível do «Competente», de acordo com o referencial apresentado por Benner (2001). Tendo em conta o percurso profissional prévio, incluindo o trabalho na área dos Comportamentos Aditivos que já referimos, acrescentando toda a experiência formativa do ME, consideramos que planeamos e prestamos cuidados de forma consciente, de forma intencional, e que conseguimos responder de forma adequada às solicitações das pessoas.

Queremos deixar uma nota especial para a capacidade empática que consideramos ter e que é aspeto fundamental para *estar* em relação de ajuda com o Outro. Consideramos que a experiência dos estágios, onde se incluem as relações estabelecidas, demonstram e vinculam esta capacidade.

Contamos que as competências adquiridas e desenvolvidas também contribuem para superar as fragilidades que identificámos ao longo deste processo, sendo essa identificação também uma habilidade desenvolvida. Sendo assim, consideramos que poderíamos ter atendido com mais rigor aos resultados e escalas que utilizámos ao invés da preponderância na avaliação pela narrativa. Embora tenhamos encetado um percurso orientado pelo diagnóstico, resultados esperados e intervenções, agora, finalizado este processo compreendemos que não lhe demos o devido destaque. Uma outra fragilidade que queremos apontar é o facto de a experiência contar apenas com um único profissional especialista da área da Saúde Mental e Psiquiatria (a EEESMP) na unidade de saúde onde decorreram os Estágios, o que não contribuiu para uma maior riqueza da partilha e, por esta via, da própria experiência. Consideramos ainda que o facto de nos dedicarmos à área concreta da experiência depressiva e ansiosa não nos permitiu contactar com outros territórios da área da saúde mental.

No entanto, observando que Hesbeen (2000) aponta que *“cuidar é uma arte, é a arte do*

*terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”* (p. 37), consideramos que o percurso empreendido nos capacitou para «cuidar» enquanto EE, mais concretamente como EEESMP, porque cremos ter adquirido e desenvolvido as competências necessárias. Além disso, o caminho percorrido através das experiências, das atividades desenvolvidas e das reflexões efetuadas, capacitou-nos para sermos considerados mestres em Enfermagem.

## 5. CONCLUSÃO

O relatório final aqui apresentado resulta do percurso realizado no âmbito do ME, no período de 2018-2020, dizendo respeito a um estágio de natureza profissional e contribui para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem e da especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Assim, enquanto Enfermeiros, definimos o nosso percurso e dedicámos a nossa atuação à intervenção terapêutica na pessoa com sintomatologia depressiva e ansiosa, com especial atenção aos DE de humor depressivo e de ansiedade moderada ou elevada. Ao longo dos contactos estabelecidos no Estágio Final aqui relatados, verificámos que o humor deprimido se manifestou preferencialmente através de tristeza, do pessimismo e da dificuldade em encontrar esperança, da culpabilização, da diminuição do interesse nas atividades realizadas e da dificuldade em pensar e tomar decisões. Por sua vez, a ansiedade foi frequentemente apresentada e verbalizada por inquietude, nervosismo, tensão muscular, preocupação excessiva, taquicardia e dificuldade na atenção e concentração. Evidenciamos ainda o impacto de ambos os diagnósticos nos padrões de sono dos utentes e o impacto do estigma associado à doença mental apontado nas narrativas dos utentes. Portanto, a experiência demonstra-nos que as respostas físicas, cognitivas e comportamentais, que ambos os fenómenos provocam, interferem significativamente na qualidade de vida e no funcionamento da pessoa, sendo causadoras de sofrimento.

Como forma de responder às necessidades associadas à experiência depressiva e ansiosa, realizámos intervenções terapêuticas de âmbito psicoeducativo e de relação de ajuda.

A intervenção psicoeducativa que encetámos partiu de um modelo disponibilizado à USF onde os Estágios ocorreram e que optámos por alterar para que permitisse ser um encontro mais vocacionado para a partilha de experiências e sentimentos. Se o modelo prévio consistia essencialmente num estímulo cognitivo fornecido aos utentes, a intervenção que proporcionámos foi ao encontro de ensinar o grupo e também de proporcionar um grupo de apoio.

A psicoeducação tem um enorme potencial para contribuir para a adequação das respostas humanas à experiência depressiva e ansiosa, como de resto o afirma a literatura (NICE, 2009,

2011). Cabendo dentro das competências específicas do EEESMP (OE, 2018) e enquanto intervenção autónoma, urge assumir este papel e ganhar competências «por» e «para» esta via.

A relação constitui-se como o elemento-chave que permite a avaliação diagnóstica, mas que também é intervenção terapêutica autónoma (Lopes, 2018), podendo assim ser considerada uma relação de ajuda. Através da relação de ajuda o Enfermeiro apoia o Outro e contribui para que este compreenda a sua situação, que a aceite e que opere as mudanças necessárias, e que seja capaz de construir com os seus recursos (Phaneuf, 2005). A relação de ajuda orienta-se no sentido de responder às necessidades de ajuda e é conduzida para que se atinjam os objetivos da pessoa ajudada.

A entrevista de ajuda é o instrumento que conduz e permite que a relação de ajuda, considerada uma intervenção especializada, se torne um cuidado concreto. É através do diálogo sério, acompanhado de fenómenos internos e externos aos intervenientes, que a capacitação do ajudado se concretiza (Benjamim, 2008). A entrevista de ajuda é considerada uma arte e uma habilidade e exige que o entrevistador reúna conhecimento científico, competências comunicacionais, competências relacionais, atitudes adequadas e que saiba utilizar estratégias ou intervenções de âmbito psicoterapêutico. Durante o estágio tivemos a oportunidade de intervir, ao nível da relação de ajuda, utilizando o Aconselhamento, a Escuta Ativa, a Terapia por Reminiscências e a Reestruturação Cognitiva.

A utilização de uma abordagem filosófica dirigida à recuperação da saúde mental, que assume que a mudança é inevitável e que o profissional é um facilitador desse processo, revelou-se adequada e fundamental, tendo impacto não só no modo de cuidar, mas também na perspectiva de desenvolvimento pessoal. A opção por mergulhar no *Tidal Model* (Barker & Buchanan-Barker, 2005) permitiu-nos rever a importância enformadora dos seis princípios e, ainda, dos dez compromissos que o modelo advoga e que revelam a sua essência da prática, sendo considerados uma bússola que orienta o caminho.

Consideramos que o presente documento apresenta o caminho da descoberta dos territórios da saúde mental que nos propusemos aprofundar, respondendo aos objetivos específicos que haviam sido delineados. Apresentamos as referências conceptuais que servem de ancoragem à prática e à reflexão, conceituando os aspetos referentes à experiência depressiva e ansiosa, olhando para a recuperação da saúde mental assente nos contributos do *Tidal Model* e focando a relação de ajuda e a intervenção psicoeducativa. Relatamos a vivência formativa

apontando as atividades que contribuíram para a aquisição das competências durante o percurso formativo. Descrevemos a intervenção psicoeducativa e a relação de ajuda dirigida à pessoa com sintomatologia Depressiva e Ansiosa. Analisamos reflexivamente o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências de mestre, das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMP. Ao longo do documento, refletimos ainda sobre o papel do EEESMP no âmbito da intervenção com a pessoa que experiencia sintomatologia depressiva e ansiosa.

Julgamos que as experiências pessoais, académicas e interpessoais que desenvolvemos ao longo do percurso, permitiram alcançar as competências necessárias para a atribuição do grau de mestre em Enfermagem e de especialização de EEESMP. Queremos destacar a nossa visão humanista, centrada no Outro, assente na responsabilidade profissional e baseada em princípios e valores éticos, acompanhada de conhecimento científico e de habilidades que foram sendo trabalhados no percurso empreendido.

No entanto, neste processo também é fundamental identificar as nossas limitações. Assim, consideramos que o presente trabalho reflete o raciocínio clínico que esteve na base das intervenções, mas que ao nível dos *outcomes* ou resultados poderia ser mais específico, especialmente ao nível das entrevistas de ajuda. Outra limitação, que não poderemos deixar de apontar é a que decorre da fase pandémica que estamos a vivenciar e que tem clara influência na disponibilidade necessária para a construção de um trabalho desta natureza. Queremos ainda identificar uma outra limitação ou fragilidade que diz respeito à acessibilidade dos utentes às intervenções que encetámos. Consideramos que não esteve garantida a universalidade de acesso a todos os utentes inscritos na USF pois, devido à predefinição do tempo dos estágios, estes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão na medida em que iam recorrendo à unidade de saúde ou que eram lembrados pelos profissionais de saúde.

Como futuro EEESMP queremos deixar claro que consideramos que a Enfermagem se afirma através da relação estabelecida e que a ajuda ao outro se faz através desta relação. Assim, a profissão tem um potencial terapêutico que está dependente da capacidade do profissional se projetar com congruência naquilo que pensa, sente e faz. Este momento não é apenas de finalização de um percurso, mas é também o início de um processo que queremos que seja baseado no conhecimento científico e dedicado ao prestígio da Enfermagem.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5*. Artmed. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Aromataris E, M. Z. (Editors). (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute, 2017. Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Authier, J. (1977). The Psychoeducation Model: Definition, Contemporary Roots and Content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12(1), 15–22. Retrieved from <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/60143/45506>
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Barker, P. (2019a). Psychiatric diagnosis. In P. Barker (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring*. (Second Edi, pp. 123–155). London: Hodder Arnold.
- Barker, P. (2019b). The craft of interviewing. In P. Barker (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring*. (Second Edi, pp. 85–94). London: Hodder Arnold.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.
- Beech, I. (2019). The person who experiences depression. In P. Barker (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring*. (Second Edi, pp. 173–181). London: Hodder Arnold.

- Benjamim, A. (2008). *A Entrevista de Ajuda*. (U. Arantes, Trans.) (12.<sup>a</sup> Edi). São Paulo: Martins Fontes.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra.
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), 33–39.
- Brookes, N. (2007). The Tidal Model of Mental Health Recovery. In M. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (8.<sup>a</sup> Edi, pp. 626–656). Elsevier. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>
- Brown, N. (2005). *Psychoeducational groups: process and practice* (Second Edi). New York and Hove: Brunner-Routledge.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2011). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Tradução da 5.<sup>a</sup> Edição*. (J. Thmpson, R. Carcez, S. Oliveira, & T. Robaina, Trans.). Elsevier Editora Ltda.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Dube, F., & Uys, L. N. (2016). Integrating mental health care services in primary health care clinics: A survey of primary health care nurses' knowledge, attitudes and beliefs. *South African Family Practice*, 58(3), 119–125. <https://doi.org/10.1080/20786190.2016.1191747>
- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., & Clarke, D. (2008). The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev*, 30, 1–14. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn011>

- Ellis, D. (2009). Nursing diagnosis. In P. Barker (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing The craft of caring* (Second Ed, pp. 141–148). London: Edward Arnold Ltd.
- Ercole, F., Melo, L., & Alcoforado, C. (2014). Integrative review versus systematic review. *Remex: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9–11. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2018). PORDATA, Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Retrieved December 1, 2019, from <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Évora-251606>
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Temas Em Psicologia*, 25(1), 17–28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39(2), 220–228. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200013>
- Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach* (pp. 247–257). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19)
- López-Cortacans, G., Ferré-Grau, C., & Santos, J. C. (2018). Problems Affecting a Person's Mood. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach* (pp. 337–352). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_26)
- Marques, M. de F. (2016). *Cuidados de Natureza psicoeducacional. De que falamos?* (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Ed.), *E-Book: VII Congresso Internacional ASPESM*. Retrieved from [https://issuu.com/spesm/docs/e-book\\_final\\_\\_congresso\\_viana\\_de\\_ca](https://issuu.com/spesm/docs/e-book_final__congresso_viana_de_ca)
- Marques, R. (1998). *A Arte de Ensinar: Dos Clássicos aos Modelos Pedagógicos Contemporâneos*.

Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

- McLaughlin, C. (2018). The Person Experiencing Anxiety. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach* (pp. 353–370). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_27](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_27)
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). In [Trad. do Original: *Nursing Outcomes Classification (NOC), 4th edition*]. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Muir-Cochrane, E. (2019). The person who experiences anxiety. In P. Barker (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring*. (Second Edi, pp. 165–172). London: Hodder Arnold.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2009). Depression in adults: recognition and management [Internet]. [London]: NICE; 2009 [updated 2018 Apr]. (Clinical guideline [CG90]). Retrieved December 1, 2019, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. [Internet]. [London]: NICE; 2011 [updated 2019 Jul]. (Clinical guideline [CG113]). Retrieved December 1, 2019, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS]. (2019). Saúde Um Direito Humano: Relatório de Primavera 2019. Retrieved September 1, 2019, from <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro Dos Comentários à Análise dos Casos*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. (Ordem dos Enfermeiros - Revisão e Reimpressão: 2012, Ed.). Lisboa. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 122 — 25 de Junho de 2015*, 17034–17041. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/67590900>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. (ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros, Ed., S. Severino, Trans.).
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República, 2ª Série*, 21427–21430.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11002/ponto-3\\_padrão-documental-enfermagem-saúde-mental-003.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11002/ponto-3_padrão-documental-enfermagem-saúde-mental-003.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019*, 4744–4750.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000508676.69402.4c>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2013a). *Health Literacy. The solid facts*. (I. Kickbuscg, J. Pelikan, F. Apfel, & A. Tsouros, Eds.). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2013b). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Genebra. Retrieved from

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1)

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2018). Mental health: strengthening our response. Fact sheet, updated March 2018. Retrieved October 18, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Retrieved from <https://icd.who.int/en>

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat.

Pereira, V. (2015). *Programa de psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia*. (Tese de Mestrado. Universidade dos Açores. Departamento de Ciências da Educação). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.3/3581>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro & R. P. Salgueiro, Trans.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Regulamento da Associação Eutimia Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal. (2013). Retrieved September 1, 2019, from [http://eutimia.pt/wp-content/uploads/2015/05/20140425\\_Regulamento.pdf](http://eutimia.pt/wp-content/uploads/2015/05/20140425_Regulamento.pdf)

Rogers, C. (1976). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77–84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2019). BI-CSP. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved September 19, 2019, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Shah, L., Klainin-yobas, P., Torres, S., & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of Psychoeducation and Relaxation Interventions on Stress-Related Variables in People With Mental Disorders : A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 94–101.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.004>

Souza, M. T. De, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. De. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.

Videbeck, S. L. (2012). *Enfermagem em Saúde Mental*. (D. Sales & R. Garcez, Trans.) (5.<sup>a</sup> Edição). Porto Alegre: Artmed.

Wong, S., Yip, B., Mak, W., Mercer, S., Cheung, E., Ling, C., ... Ma, H. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 68–75. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.166124>

## 7. LEGISLAÇÃO REFERENCIADA

- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 157 — 16 de Agosto de 2018, 4147–4182. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Decreto-Lei n.º 298/2007. (2007). *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 161 — 22 de Agosto de 2007, 5587–5596. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/640665/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 107/2008. (2008). *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 121 — 25 de Junho de 2008, 3835–3853. Retrieved from [http://www.ipvc.pt/sites/default/files/rh\\_declei107\\_08.pdf](http://www.ipvc.pt/sites/default/files/rh_declei107_08.pdf)
- Decreto-Lei n.º 115/2013. (2013). *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 151 — 7 de Agosto de 2013, 4749–4772. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/498487>
- Portaria n.º 212/2017. (2017). *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 138 — 19 de Julho de 2017, 3840–3847. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/107709510/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016). *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 176 — 13 de Setembro de 2016, 3159–3191. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Decreto-Lei n.º 73/2017. (2017). *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 118 — 21 de Junho de 2017, 3128–3140. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). *Diário Da República*, 1.ª Série-A — N.º 60 — 24 de Março de 2006, 2242–2257. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República*, 2ª Série, 21427–21430.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de

Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série — N.º 122 — 25 de Junho de 2015, 17034–17041. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/67590900>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Lei 156/2015 de 16 de Setembro da Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 1.<sup>a</sup> Série — N.º 181 — 16 de Setembro de 2015, 4860–4862. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I**

### Projeto de Estágio

Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação

**RESUMO DE PROJETO DE  
ESTÁGIO**

**Ano Letivo:**

2019 / 2020

**1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)**

A doença mental e, por conseguinte, as pessoas que experienciam este tipo de doença têm sido estigmatizadas, excluídas e negligenciadas ao longo dos tempos. Em 2001 no Relatório Sobre a Saúde no Mundo, a OMS pretende introduzir uma nova conceção sobre transtornos mentais, que altere o paradigma existente, que se traduza em melhores cuidados e proporcione uma esperança renovada para os utentes. Desde então, o caminho trilhado tem sido longo, permitindo que mais tarde surgisse o 1.º Plano de Ação Mundial para a Saúde Mental (OMS, 2013), bem como outros documentos que a comunidade internacional julga que poderão melhorar os cuidados às pessoas com transtornos mentais. É sabido que este tipo de doença tem grande peso nas sociedades atuais, sendo que em Portugal a ansiedade apresenta uma prevalência de 16,5% e as perturbações do humor 7,9% (Almeida, 2018). O mesmo autor aponta a enorme carga e custos económicos, diretos e indiretos, que as perturbações mentais acarretam. Dentro destas, os Transtornos Mentais Comuns, que se caracterizam por um conjunto de sintomas como a ansiedade, insónia, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, perda de memória e queixas somáticas (Goldberg & Huxley, 1992), apresentam-se como uma das morbilidades psiquiátricas mais prevalentes, e de acordo com as projeções para 2030, a depressão e a ansiedade estarão entre as principais causas de incapacidade (Eaton, Martins, Nestadt, Bienvenu, & Clarke, 2008).

Tendo em conta o advogado pela OMS e pela alta prevalência da ansiedade e perturbações do humor na população, pretende-se desenvolver um projeto de Intervenção Psicoeducativa na Pessoa com Alteração da Saúde Mental, na população inscrita numa USF da cidade de Évora.

O presente projeto vai de encontro ao Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017), na exata medida em que se constitui como uma ação de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental.

Importa ainda referir, que a equipa de enfermagem e a equipa médica da USF em que o projeto se irá desenvolver, afirmam que as pessoas com a condição na qual pretendemos intervir são em grande número naquela unidade de saúde. As mesmas equipas mostraram-se bastante recetivas em relação ao

projeto.

De acordo com Marques (2016) a “psicoeducação é um importante alicerce para o desenvolvimento de estratégias de coping, capacitando o doente (...) para lidar com situações stressantes, resultantes do processo de doença e da maneira de o vivenciar e interpretar”. Este tipo de intervenção é também da competência do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelo que está em linha com o que é esperado para o Estágio II do Mestrado em Enfermagem.

Para o desenvolvimento do presente trabalho utiliza-se a Metodologia de Projeto e é necessário ainda um background teórico de Enfermagem, e de modelos de orientação. Para isso, orientamos a prática através do Tidal Model enquanto abordagem filosófica para a recuperação da saúde mental (Barker & Buchanan-Barker, 2005) e utilizamos os contributos de Afaf Meleis (2010), por evidenciar a importância das transições e das respostas do indivíduo no decorrer do seu percurso de vida. Embora julguemos que seja necessário recorrer a outros teóricos ao longo do caminho para responder com melhores cuidados.

## **2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)**

### **OBJETIVOS:**

- Desenvolver um projeto de intervenção psicoeducativa para pessoas com transtorno mental comum inscritas na USF;
- Consolidar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;
- Realizar uma Revisão Integrativa da Literatura que se constitua como item de avaliação do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem.

### **ATIVIDADES:**

- 1) Pesquisa bibliográfica e definição do projeto;**
- 2) Partilha do projeto com a equipa de saúde da USF e definição de parcerias;**
- 3) Recrutamento dos utentes:** encaminhados pelos Enfermeiros de Família da USF X e/ou pelo Médico de Família;
- 4) Sessões de Psicoeducação em grupo;**
- 5) Revisão Integrativa da Literatura;**
- 6) Partilha dos resultados com a equipa de saúde da USF.**

### **PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO (RESENHA):**

O programa de Psicoeducação para Pessoas com alteração da Saúde Mental, encontra-se estruturado em 6 (seis) sessões, de periodicidade semanal e com 90 min de duração. Pretende-se a criação de grupos homogéneos, de apenas mulheres ou homens.

Como critérios de inclusão, temos os utentes com diagnósticos de enfermagem: (1) Ansiedade moderada ou elevada; (2) Autocontrolo Ansiedade comprometido; (3) Autoconceito comprometido; (4) Humor

depressivo;(5) Iliteracia em Saúde Mental; (6) Stress (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Para a referenciação a efetuar pela equipa médica, foram definidos como utentes a incluir, aqueles cujos diagnósticos possam ser (1) Transtornos depressivos; (2) Transtornos da ansiedade; (3) Transtorno sintomas somáticos.

Como critérios de exclusão, aponta-se o (1) Estado confusional; (2) Défice cognitivo grave; (3) Agitação psicomotora; (4) Sintomatologia heteróloga grave. A recusa da pessoa com alteração da saúde mental em participar nas sessões é um fator de exclusão, visto que há o garante da autodeterminação dos utentes.

As sessões serão realizadas no edifício onde está instalada a USF, utilizando os respetivos recursos, como mesas e cadeiras.

As temáticas a abordar são: Sessão I: Psicoeducação e bem-estar geral; Sessão II: Perturbação mental; Sessão III: Depressão; Sessão IV: Ansiedade; Sessão V: Somatização; Sessão VI: Estratégias de autoajuda.

Os objetivos específicos de cada sessão são:

#### SESSÃO I – PSICOEDUCAÇÃO E BEM-ESTAR GERAL

- Conhecer a estrutura do programa de psicoeducação.
- Compreender o funcionamento dos grupos de psicoeducação.
- Distinguir psicoeducação e psicoterapia.
- Identificar os ganhos decorrentes da participação nos grupos de psicoeducação.

#### SESSÃO II – PERTURBAÇÃO MENTAL

- Conhecer a definição de perturbação mental;
- Perceber que o cérebro sofre alterações quando existe uma perturbação mental;
- Compreender a diferença entre sofrimento mental e perturbação mental;
- Conhecer o peso da depressão, das perturbações de ansiedade e da somatização na sociedade;
- Conhecer e refletir sobre o estigma associado à doença mental.

#### SESSÃO III – DEPRESSÃO

- Conhecer a definição de depressão e reconhecê-la como uma perturbação mental;
- Conhecer alguns mitos e atitudes em relação à depressão e refletir sobre o peso que estes têm na aceitação da doença;
- Conhecer os sintomas da depressão;
- Perceber que existem formas de tratamento da depressão incluindo estratégias de autoajuda;
- Compreender conceitos associados à suicidalidade.

#### SESSÃO IV – ANSIEDADE

- Conhecer a definição de ansiedade e reconhecê-la como uma perturbação mental;
- Conhecer as diferentes respostas de ansiedade/medo;
- Conhecer os principais sintomas das diferentes perturbações de ansiedade;
- Compreender a necessidade da medicação no tratamento da ansiedade.

#### SESSÃO V – SOMATIZAÇÃO

- Conhecer a definição de somatização;
- Conhecer os principais sintomas do transtorno de sintomas somáticos;
- Perceber como pode ser feita a gestão dos sintomas;

- Compreender a necessidade da medicação no tratamento deste transtorno.

## SESSÃO VI – ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA

- Conhecer e aplicar diferentes estratégias de gestão dos sintomas da patologia mental comum.

### PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação passa por uma autoavaliação do processo e do resultado, recorrendo à seguinte grelha de observação.

#### GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Avaliação da reação dos participantes.	<b>Interesse.</b>	<u>Sinais de Interesse.</u> Interesse na receção de informação, nível de atenção, tiram notas, entre outros. <u>Sinais de desinteresse.</u> Desmotivação, inquietude, desatenção.
	<b>Participação.</b>	<u>Feedback dos participantes.</u> <u>Pertinência/relevância das participações.</u> Pro-atividade nas atividades/dinâmicas desenvolvidas. Capacidade crítica e reflexiva. Colocação de questões, partilha de ideias, contribuição para o debate. Resposta às questões/solicitações.
	<b>Interação entre os participantes</b>	<u>Forma como o grupo interagiu entre si.</u> Respeito entre os membros. Comportamentos de interajuda. Comunicação entre os participantes.
Avaliação da sessão no geral.	<b>Adequação dos materiais utilizados</b>	Apresentação em <i>Powerpoint</i> ®. Material usado nas atividades (Registo Diário de Atividades). Documento de avaliação.
	<b>Adequação dos conteúdos apresentados.</b>	A linguagem utilizada (adequação/acessibilidade). Utilidade e relevância da informação.
	<b>Cumprimento da planificação.</b>	Tempo e ordem das atividades. Flexibilidade. Posicionamento da equipa perante o imprevisto.
	<b>Necessidades e dúvidas Apresentadas.</b>	Principais dúvidas e necessidades apresentadas pelos participantes. Aspetos onde surgiram mais dificuldades.
	<b>Aspetos positivos.</b>	Principais aspetos positivos da sessão.
	<b>Aspetos a melhorar.</b>	Aspetos a melhorar (auto-avaliação). Sugestões de melhoria. Outros aspetos importantes.

A autoavaliação e a reflexão sistemática sobre a prática, com base nos modelos teóricos utilizados contribuirão para a consolidação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

No final do programa de Psicoeducação pretende-se efetuar uma avaliação global das sessões, através da aplicação do questionário.

### QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO GLOBAL DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO

Porque a sua opinião é muito importante e de forma a podermos avaliar o programa de Psicoeducação que frequentou, solicitamos o preenchimento deste questionário, considerando a seguinte escala

Nem um pouco satisfeito	Um pouco Satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito	NA/NR
1	2	3	4	5	

NA/NR – Não se aplica/Não Responde

1	DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO	1	2	3	4	5	NA/NR
1.1	Respondeu às minhas expetativas iniciais.						
1.2	Os objetivos foram alcançados.						
1.3	Enriqueceu os meus conhecimentos sobre alterações da saúde mental.						
1.4	Contribuiu para melhorar o meu desempenho pessoal.						
1.5	Contribuiu para a minha realização pessoal.						

2	ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO	1	2	3	4	5	NA/NR
2.1	Duração do programa.						
2.2	Duração das sessões.						
2.3	Qualidade dos conteúdos.						
2.4	Qualidades dos meios auxiliares pedagógicos.						
2.5	Instalações.						

3	PROFISSIONAL DE SAÚDE	1	2	3	4	5	NA/NR
3.1	Domínio dos conteúdos expostos.						
3.2	Clareza na exposição dos conteúdos.						
3.3	Capacidade para fomentar a reflexão.						
3.4	Respeito pela individualidade dos participantes.						
3.5	Capacidade para motivar a participação dos participantes.						

4	AVALIAÇÃO GLOBAL	1	2	3	4	5	NA/NR
4.1	Avaliação global do programa de Psicoeducação.						

5	SUGESTÕES/CRÍTICAS
5.1	Indique 3 aspetos que considera positivos:
5.2	Indique 3 aspetos a melhorar:

Muito obrigado pela colaboração.

--

### 3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

		Planeado		Realizado		
	Atividades	2019				2020
		Set	Out	Nov	Dez	Jan
1	Pesquisa bibliográfica. Definição do Projeto.	Planeado	Planeado			
		Realizado	Realizado			
2	Partilha do projeto com a equipa de saúde.		Planeado			
			Realizado			
3	Recrutamento dos utentes.		Planeado	Planeado		
			Realizado			
4	Sessões de Psicoeducação em grupo.			Planeado	Planeado	Planeado
				Realizado		
5	Revisão Integrativa da Literatura.			Planeado	Planeado	Planeado
6	Partilha dos resultados com a equipa de saúde da USF.					Planeado

### 4. BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

Almeida, J. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model - A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa.

Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., & Clarke, D. (2008). The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev*, 30, 1–14. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn011>

Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.

Marques, M. de F. (2016). *Cuidados de Natureza psicoeducacional. De que falamos?* (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Ed.), *E-Book: VII Congresso Internacional ASPESM*. Obtido de [https://issuu.com/spesm/docs/e-book\\_final\\_congresso\\_viana\\_de\\_ca](https://issuu.com/spesm/docs/e-book_final_congresso_viana_de_ca)

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11002/ponto-3\\_padrao-documental-enfermagem-saude-mental-003.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11002/ponto-3_padrao-documental-enfermagem-saude-mental-003.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca.aspx>

Organização Mundial da Saúde. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Genebra. Obtido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1)

## **APÊNDICE II**

Grelhas dos Resultados Esperados e Respetivos Indicadores

## GRELHA DOS RESULTADOS ESPERADOS

(Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010)

### A PREENCHER PELO ENFERMEIRO

#### **RESULTADO: Equilíbrio do Humor**

Definição: Adaptação adequada do tom emocional prevalente em resposta às circunstâncias.

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado	NA
	1	2	3	4	5	
Exibição de concentração.						
Fala em ritmo moderado.						
Manutenção da boa apresentação e da higiene pessoal.						
Uso de roupas adequadas à situação.						
Relato de observação do regime de medicamentos.						
Relato de observação do regime de tratamento.						
Mostra de interesse pelos arredores.						
Exibição de um nível estável de energia.						
Realização das tarefas diárias.						

### A PREENCHER PELO UTENTE

#### **RESULTADO: Conhecimento: controle da depressão**

Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre depressão e as inter-relações entre causas, efeitos e tratamentos.

	Nenhum conhecimento	Conhecimento limitado	Conhecimento moderado	Conhecimento substancial	Conhecimento amplo	NA
	1	2	3	4	5	
Sinais e sintomas físicos de depressão.						
Sinais e sintomas emocionais de depressão.						
Benefícios do controle da doença.						
Importância de atender ao regime de tratamento.						
Estratégias para facilitar a recuperação.						
Efeitos da depressão no funcionamento diário.						
Inter-relação da autoestima e da imagem corporal com a depressão.						

**RESULTADO: Bem-estar pessoal**

Definição: Alcance da percepção positiva da própria condição de saúde.

	Nem um pouco satisfeito	Um pouco Satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito	NA
	1	2	3	4	5	
Desempenho das atividades da vida diária.						
Desempenho dos papéis usuais.						
Saúde psicológica.						
Relações sociais.						
Vida espiritual.						
Saúde física.						
Capacidade para enfrentar.						
Capacidade para relaxar.						
Nível de felicidade.						

**Satisfação com os Cuidados.**

Definição: Alcance da percepção positiva das instruções dadas pela equipe de enfermagem para melhorar o conhecimento, a compreensão e a participação nos cuidados.

	Nem um pouco satisfeito	Um pouco Satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito	NA
	1	2	3	4	5	
Conhecimentos pessoais levados em consideração antes do ensino.						
Explicações dadas em termos compreensíveis.						
Explicações das responsabilidades pelo autocuidado no manejo do tratamento.						
Discussão das estratégias para melhorar a saúde.						
Explicações dos recursos de saúde disponíveis.						

## **APÊNDICE III**

### Questionário de Avaliação Global das Sessões

## QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO GLOBAL DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO

Porque a sua opinião é muito importante e de forma a podermos avaliar o programa de Psicoeducação que frequentou, solicitamos o preenchimento deste questionário, considerando a seguinte escal

<b>Nem um pouco satisfeito</b>	<b>Um pouco Satisfeito</b>	<b>Moderadamente satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>	<b>Completamente satisfeito</b>	<b>NA/NR</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

NA/NR – Não se aplica/Não Responde

1	DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO	1	2	3	4	5	NA/NR
1.1	Respondeu às minhas expetativas iniciais.						
1.2	Os objetivos foram alcançados.						
1.3	Enriqueceu os meus conhecimentos sobre alterações da saúde mental.						
1.4	Contribuiu para melhorar o meu desempenho pessoal.						
1.5	Contribuiu para a minha realização pessoal.						

2	ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO	1	2	3	4	5	NA/NR
2.1	Duração do programa.						
2.2	Duração das sessões.						
2.3	Qualidade dos conteúdos.						
2.4	Qualidades dos meios auxiliares pedagógicos.						
2.5	Instalações.						

3	PROFISSIONAL DE SAÚDE	1	2	3	4	5	NA/NR
3.1	Domínio dos conteúdos expostos.						
3.2	Clareza na exposição dos conteúdos.						
3.3	Capacidade para fomentar a reflexão.						
3.4	Respeito pela individualidade dos participantes.						
3.5	Capacidade para motivar a participação dos participantes.						

4	AVALIAÇÃO GLOBAL	1	2	3	4	5	NA/NR
4.1	Avaliação global do programa de Psicoeducação.						

5	SUGESTÕES/CRÍTICAS
5.1	Indique 3 aspetos que considera positivos:
5.2	Indique 3 aspetos a melhorar:

Muito obrigado pela colaboração.

# APÊNDICE IV

Grelha de Observação

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO

(Adaptado de Pereira, 2015)

<b>Avaliação da reação dos participantes.</b>	<b>Interesse.</b>	<u>Sinais de Interesse.</u> Interesse na receção de informação, nível de atenção, tiram notas, entre outros.
		<u>Sinais de desinteresse.</u> Desmotivação, inquietude, desatenção.
	<b>Participação.</b>	<u>Feedback dos participantes.</u> <u>Pertinência/relevância das participações.</u> Pro-atividade nas atividades/dinâmicas desenvolvidas. Capacidade crítica e reflexiva. Colocação de questões, partilha de ideias, contribuição para o debate. Resposta às questões/solicitações.
	<b>Interação entre os participantes</b>	<u>Forma como o grupo interagiu entre si.</u> Respeito entre os membros. Comportamentos de interajuda. Comunicação entre os participantes.
<b>Avaliação da sessão no geral.</b>	<b>Adequação dos materiais utilizados</b>	Apresentação em <i>Powerpoint</i> ®. Material usado nas atividades (Registo Diário de Atividades). Documento de avaliação.
	<b>Adequação dos conteúdos apresentados.</b>	A linguagem utilizada (adequação/acessibilidade). Utilidade e relevância da informação.
	<b>Cumprimento da planificação.</b>	Tempo e ordem das atividades. Flexibilidade. Posicionamento da equipa perante o imprevisto.
	<b>Necessidades e dúvidas Apresentadas.</b>	Principais dúvidas e necessidades apresentadas pelos participantes. Aspectos onde surgiram mais dificuldades.
	<b>Aspectos positivos.</b>	Principais aspectos positivos da sessão.
	<b>Aspectos a melhorar.</b>	Aspectos a melhorar (auto-avaliação). Sugestões de melhoria. Outros aspectos importantes.

## **APÊNDICE V**

Apresentação de Apoio às Sessões

# Intervenção Psicoeducativa



EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA E ANSIOSA

Baseado no trabalho de:



1

## Apresentação



2



## Psicoeducação e Bem-estar Geral

SESSÃO I

Baseado no trabalho de:



3

## Sumário

- Objetivos – o que esperamos?
- Psicoeducação: Ensinar e Grupo de Apoio
- Regras de funcionamento
- Bem-estar geral – dicas
- Registo Diário – Compromisso
- Dúvidas e questões

4

## Objetivos – o que esperamos?

- Conhecer a estrutura do programa de intervenção.
- Definir as regras do grupo.
- Conhecer atividades úteis para o bem-estar.
- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.

5

## Psicoeducação: Ensinar e Grupo de Apoio.

Educação

Compreensão

Conhecimento

Partilha

Estratégias

6

*“uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas (...) possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos”*

(OE, 2015).

7

## Sessões

**Sessão I** – Psicoeducação e bem-estar geral

**Sessão II** – Perturbação mental

**Sessão III** – Experiência Depressiva

**Sessão IV** – Experiência Ansiosa

**Sessão V** – Experiência de Outros Sintomas

**Sessão VI** – Estratégias de Autoajuda

8

## Regras de funcionamento

- Frequência: Semanal → 90 minutos → 6 sessões
- Local:
- Resumo da sessão anterior
  - Revisão dos trabalhos de casa (registo)
  - Apresentação do plano da sessão
  - Desenvolvimento da sessão
  - Resumo final sobre a sessão

9

## Regras de funcionamento

- **Confidencialidade**
- **Pontualidade**
- **Respeito**
- **Simpatia e ajuda**
- **Assiduidade**
- **Partilha**



10

## Bem-estar geral – dicas.

Existem diferentes formas e estratégias de conseguir uma melhor saúde mental:

- Organização diária
- Hábitos saudáveis de sono
- Atividade física
- Alimentação saudável
- Interação Social (Contacto social positivo)

11

## Bem-estar geral – dicas.

12

## Trabalho em casa: Registo e Compromisso

TOMAR CONTA DA SUA SAÚDE

REGISTO DIÁRIO DE ATIVIDADES

13

## Registo Diário - Compromisso

- Fazer no mínimo 2 atividades
- Só deve ser feito o registo das atividades realizadas
- O ritmo de cada um é respeitado
- É feita a revisão em grupo do registo de atividades (todas as sessões)
- Não é obrigatório cumprir os exemplos apresentados no registo – podem ser registadas atividades que já são praticadas

14



15

## A reter...

- Respeito pelo ritmo individual !
- Atividades adequadas a cada pessoa !
- As mudanças radicais não funcionam, mas sim o treino gradual adaptado a cada pessoa !

16

## Dúvidas e questões



Baseado no trabalho de:



17



MUITO OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO.  
VOLTAMOS PARA A SESSÃO II – PERTURBAÇÃO MENTAL

Baseado no trabalho de:



18

# Intervenção Psicoeducativa

EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA E ANSIOSA



Baseado no trabalho de:



19

## Sessões

**Sessão I** – Psicoeducação e bem-estar geral

**Sessão II** – Perturbação mental

**Sessão III** – Experiência Depressiva

**Sessão IV** – Experiência Ansiosa

**Sessão V** – Experiência de Outros Sintomas

**Sessão VI** – Estratégias de Autoajuda

20

# Perturbação Mental

SESSÃO II



Baseado no trabalho de:



21

## Sumário

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho em casa: Registo de Compromisso
- Objetivos: o que esperamos?
- Saúde mental
- Perturbação mental
- Sofrimento e perturbação mental
- Prevalência - Portugal
- Mitos e factos
- Dúvidas e questões

22

## Resumo da sessão anterior

Psicoeducação: Ensinar e Grupo de Apoio.

Educação

Compreensão

Estratégias

Partilha

23

## Trabalho em casa: Registo e Compromisso

16	17	18
Informação Básica		
Nome Completo do Doente		
Endereço		
Informação Social		
Profissão		
19	20	21
Informação Básica		
Nome Completo do Doente		
Endereço		
Informação Social		
Profissão		

**TOMAR CONTA DA SUA SAÚDE**

**REGISTO DIÁRIO DE ATIVIDADES**

Elaborado e atualizado por:

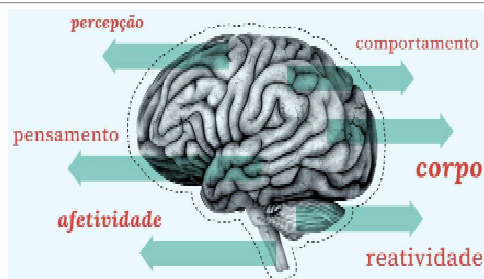
24

## Objetivos – o que esperamos?

- Compreender o conceito de perturbação mental.
- Compreender a diferença entre sofrimento mental e perturbação mental.
- Refletir sobre o estigma associado à doença mental.
- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.

25

## Saúde Mental



26



27



28

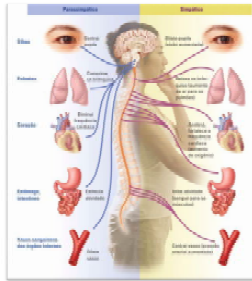


29



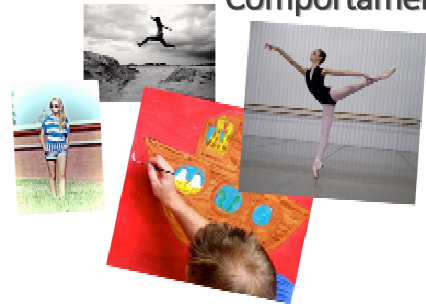
30

## Corpo



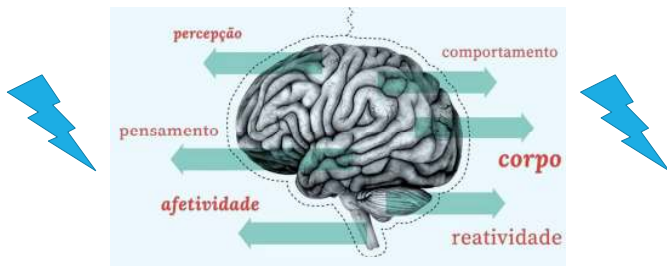
31

## Comportamento



32

## Perturbação Mental



33

## Perturbação Mental

- Sinais e Sintomas
- Deterioração funcional
- Consistente com uma classificação de doenças – ICD-11 ou DSM-5
- Causas complexas

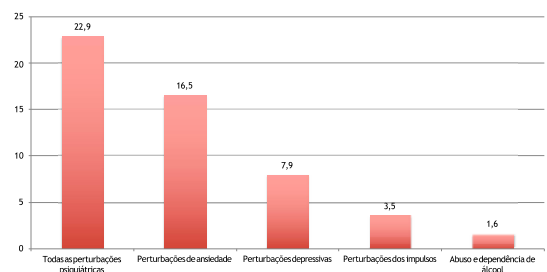


34



35

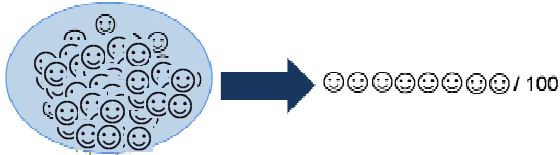
## Prevalência - Portugal



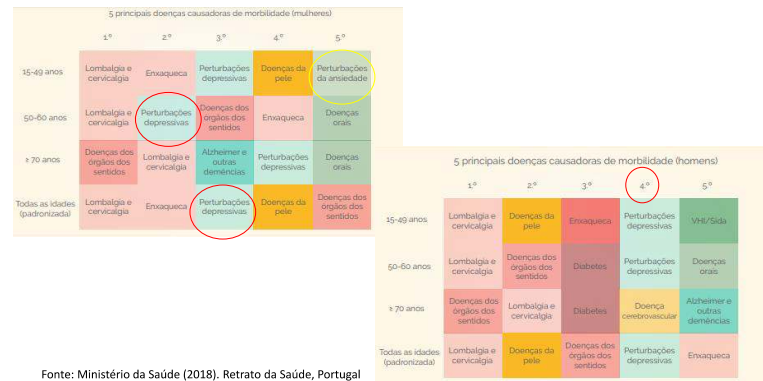
Caldas de Almeida, José Miguel e Miguel Xavier. 2013. Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental - I.P. Lisboa, Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

36

## 8 em 100 - Depressão



37



38



39



40

## A reter...

- Perturbação mental é ≠ Sofrimento mental!
- Os perturbações mentais têm subjacente o mau funcionamento do cérebro!

41

## Dúvidas e questões



Baseado no trabalho de:



42



MUITO OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO.  
VOLTAMOS PARA A SESSÃO III – EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA

Baseado no trabalho de:  
eutimia eea grants

43

# Intervenção Psicoeducativa



EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA E ANSIOSA

Baseado no trabalho de:  
eutimia eea grants

44

## Sessões

- Sessão I – Psicoeducação e bem-estar geral
- Sessão II – Perturbação mental
- Sessão III – Experiência Depressiva
- Sessão IV – Experiência Ansiosa
- Sessão V – Experiência de Outros Sintomas
- Sessão VI – Estratégias de Autoajuda

45



## Experiência Depressiva

SESSÃO III

Baseado no trabalho de:  
eutimia eea grants

46

## Sumário

- Resumo da sessão anterior
- Fatores de Risco
- Trabalho em casa: Registo de Compromisso
- Tratamento
- Objetivos: o que esperamos?
- Depressão e Suicídio
- Conceitos – o que é?
- Dúvidas e questões
- Sinais e Sintomas
- Mitos

47

## Resumo da sessão anterior



48

## Trabalho em casa: Registo e Compromisso



49

## Objetivos – o que esperamos?

- Compreender a diferença entre depressão e tristeza.
- Refletir sobre os mitos e atitudes associados à depressão.
- Compreender que existem diferentes formas de tratamento.
- Compreender a relação entre depressão e suicídio.
- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.

50

## Conceitos – o que é?

### Depressão Vs. Tristeza



51



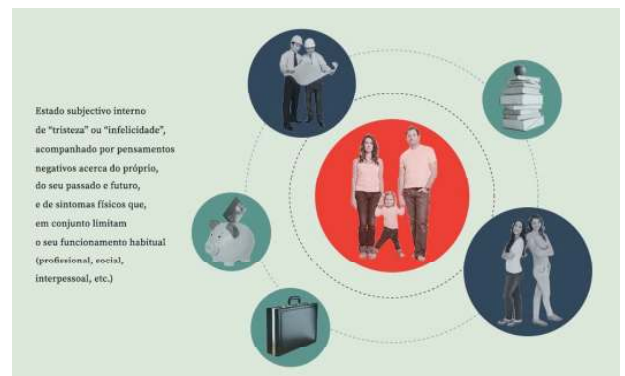
52

## Conceito – Perturbação Depressiva

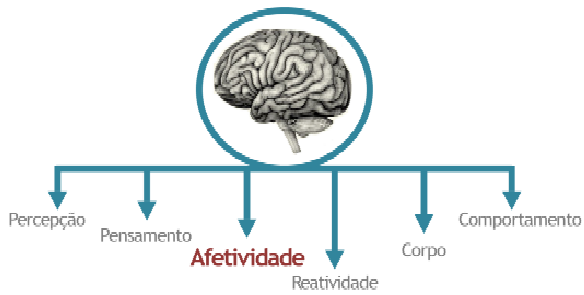
Humor triste, vazio ou irritável OU Perda de interesse e prazer  
+  
outras alterações → colocando em causa a capacidade funcional do indivíduo de forma significativa.

APA (2014)

53



54



55

O humor é o sentimento interno constante experimentado pelo indivíduo.

Como me sinto por dentro?  
triste feliz zangado

**Afeto ou humor**

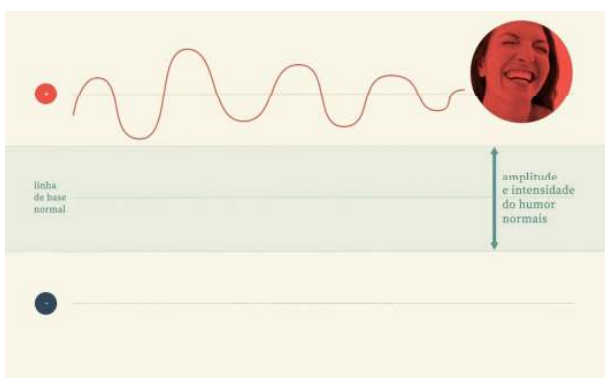
56



57



58



59

## Depressão Vs. Tristeza

Humor persistentemente depressivo, a maior parte do dia, durante um longo período de tempo

Compromisso no funcionamento social, interpessoal e ocupacional



O humor depressivo geralmente não reage a alterações no meio

Múltiplos sinais e sintomas associados: afetivos, pensamento e cognição, comportamento, e corpo

Pode acontecer independentemente das circunstâncias de vida ou sem causa aparente

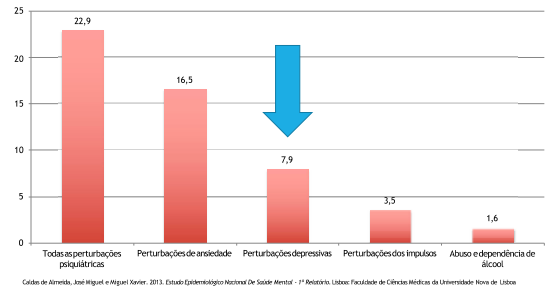
60

## Sinais e Sintomas

- Humor triste, vazio ou irritável OU Perda de interesse e prazer (+)
- Físicos, psicológicos e comportamentais
- Peso, apetite, sono, psicomotor, energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, tentativa de suicídio

APA (2014)

61



62

## Mitos

**Se alguém sofre de depressão é por fraqueza de caráter.**

**O tratamento destas patologias é algo misterioso ou complexo de modo que os técnicos de saúde não percebem nem conseguem tratar estes doentes.**

**Quem sofre de depressão tem mais é que se recompor e sair dela.**

**Não são doenças ou não são tratáveis.**

63

## Fatores de Risco

- Química cerebral alterada
- Genética
- Acontecimentos negativos na infância (abuso físico, sexual, emocional, negligência)
- Traumatismo craniano
- Doença crónica (incapacidade funcional)

64

## Tratamento



65

## Depressão e Suicídio



66



67

## A reter...

- A depressão pode afetar qualquer pessoa em qualquer altura.
- É uma doença de um órgão: o cérebro.
- A depressão é diferente de tristeza e obedece a critérios de diagnóstico.

68

## Dúvidas e questões



Baseado no trabalho de:



69



**MUITO OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO.**  
**VOLTAMOS PARA A SESSÃO IV – EXPERIÊNCIA ANSIOSA**

Baseado no trabalho de:



70

## Intervenção Psicoeducativa

EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA E ANSIOSA



Baseado no trabalho de:



71

## Sessões

- Sessão I – Psicoeducação e bem-estar geral
- Sessão II – Perturbação mental
- Sessão III – Experiência Depressiva
- Sessão IV – Experiência Ansiosa
- Sessão V – Experiência de Outros Sintomas
- Sessão VI – Estratégias de Autoajuda

72

# Experiência Ansiosa

SESSÃO IV



Baseado no trabalho de:



73

## Sumário

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho em casa: Registo de Compromisso
- Objetivos: o que esperamos?
- Definição – O que é?
- Ansiedade: normal e patológica
- Sinais e sintomas
- Fatores de risco
- Tratamento
- Dúvidas e questões

74

## Resumo da sessão anterior

- A depressão pode afetar qualquer pessoa em qualquer altura.
- É uma doença de um órgão: o cérebro.
- A depressão é diferente de tristeza e obedece a critérios de diagnóstico.



75

## Trabalho em casa: Registo e Compromisso



76

## Objetivos – o que esperamos?

- Conhecer as diferentes respostas de ansiedade.
- Reconhecer que a ansiedade pode ser um perturbação mental.
- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.

77

Postura tensa e inquieta

Hipervigilante e hiperalerta

Expressão facial denotando apreensão



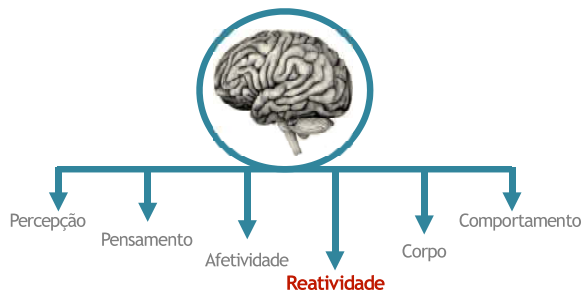
78

## Definição – o que é?

- Estado emocional negativo:
  - sentimentos subjetivos de medo
  - sintomas físicos
- Resposta a ameaça imaginada
- Estado de hipervigilância constante
- Sensação subjetiva de angústia interior
- Sentimento de inquietação



79



80

## Reatividade



81



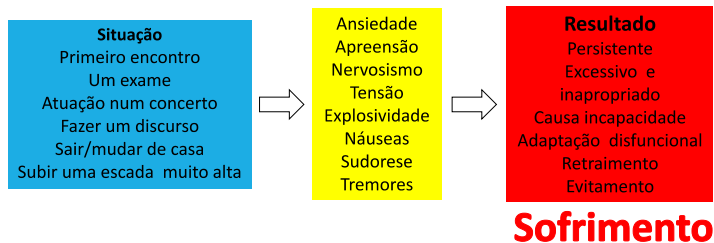
82

## Ansiedade: normal e patológica



83

## Ansiedade: normal e patológica



**Sofrimento**

84

## Sintomas

### Físicos

- Tensão muscular
- Sudorese
- Taquicardia
- Falta de ar

### Psicológicos

- Apreensão ou inquietação
- Preocupações repetidas
- Catastrofização
- Défice na concentração

85

“Estou sempre à espera do pior”

“Não consigo dormir”

“Sou muito nervoso. Grito com os meus filhos e com o meu marido”

“Nunca consigo relaxar-me”

“Dói-me sempre a cabeça / as costas / o estômago / o peito (etc)”

“Tremo muito”

“Devo ter uma doença grave do coração / dos intestinos / na coluna”

“Tenho um nó na garganta”

“Falta-me o ar, às vezes”

86

## Perturbações da ansiedade

**Tipo de Objeto/Situação**  
Medo ou Comportamento de fuga



**Pensamento associado**

87

## Perturbações da ansiedade

- T. Ansiedade Generalizada
- T. Ansiedade Social
- Fobias
- Agorafobia
- T. Pânico

**Tipo de Objeto/Situação**  
Medo ou Comportamento de fuga



**Pensamento associado**

88



89

## Fatores de risco

- Predisposição genética
- Doenças físicas
- Experiências traumáticas
- Acontecimentos de vida (ansiedade de separação)
- Outros fatores (ex. privação parental)

90

## Tratamento

- Meios farmacológicos
  - Antidepressivos
  - Ansiolíticos – curtos períodos de tempo
- Acompanhamento psicológico

91



92

## A reter...

- A ansiedade nem sempre é um perturbação mental.
- A ansiedade tem sintomas comuns com a depressão.
- Há alternativas para além do tratamento farmacológico.

93

## Dúvidas e questões



Baseado no trabalho de:



94



MUITO OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO.  
VOLTAMOS PARA A SESSÃO V – EXPERIÊNCIA DE OUTROS SINTOMAS

Baseado no trabalho de:



95

## Intervenção Psicoeducativa



EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA E ANSIOSA

Baseado no trabalho de:



96

## Sessões

**Sessão I** – Psicoeducação e bem-estar geral

**Sessão II** – Perturbação mental

**Sessão III** – Experiência Depressiva

**Sessão IV** – Experiência Ansiosa

**Sessão V** – Experiência de Outros Sintomas

**Sessão VI** – Estratégias de Autoajuda

97



## Experiência de Outros Sintomas

SESSÃO V

Baseado no trabalho de:



98

## Sumário

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho em casa: Registo de Compromisso
- Objetivos: o que esperamos?
- Definição – O que é?
- Sintomas
- Somatização normal ou patológica
- Fatores de risco
- Tratamento
- Dúvidas e questões

99

## Resumo da sessão anterior

- A ansiedade nem sempre é uma perturbação mental.
- A ansiedade tem sintomas comuns com a depressão.
- Há alternativas para além do tratamento farmacológico.

100

## Trabalho em casa: Registo e Compromisso

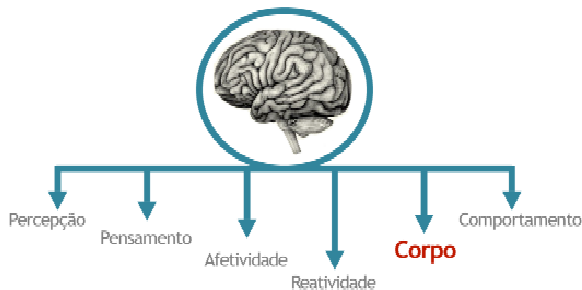
The image shows two forms side-by-side. The left form is titled 'TOMAR CONTA DA SUA SAÚDE' and has fields for 'Data', 'Descrição da tarefa', 'Nível de dificuldade da tarefa', 'Estado físico', 'Atividade realizada', and 'Intensidade da atividade'. The right form is titled 'REGISTO DIÁRIO DE ATIVIDADES' and has the same fields. Below the forms is a small illustration of a person's head with a brain and a heart, and the text 'REGISTO DIÁRIO DE ATIVIDADES' and 'Instituto de Saúde da Universidade de Coimbra'.

101

## Objetivos – o que esperamos?

- Conhecer a definição de somatização.
- Perceber como pode ser feita a gestão dos sintomas.
- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.

102



103

## Definição – O que é?

### T. Sintomas Somáticos

- Um ou mais sintomas que causam aflição.
- Pensamentos, sentimentos, comportamentos excessivos.
- Duração ≥ 6 meses
- Perturbações mentais com somatizações:
  - Depressão
  - Ansiedade
- Reações agudas de stress

104

## Sintomas

- Dor
- Gastrointestinais
- Sintomas sexuais ou reprodutores
- Neurológicos
- Cardiovasculares

105

## Somatização: normal ou patológica



106

## Fatores de risco

- Maior sensibilidade para as alterações fisiológicas associadas com o stress, perturbações depressivas e perturbações de ansiedade
  - Predisposição biológica e psicológica
  - Experiências prévias
- Comportamentos que fazem com que os sintomas e a incapacidade persistam (por exemplo, ficar deitado na cama durante a maior parte do dia)

107

## Tratamento

### Não farmacológico

- Intervenções psicoeducativas e terapia cognitivo-comportamental.
- Programas focados na transmissão de informação e técnicas de relaxamento:
  - Reduzem preocupações físicas
  - Reduzem preocupações com a doença
  - Reduzem o uso de medicação.

108

## Tratamento

### Farmacológico

- Dirigido à(s) causa(s):
  - T. Depressivos
  - T. da Ansiedade

Os ansiolíticos e analgésicos devem ser utilizados de forma sensata.

109



110

## A reter...

- A somatização é uma manifestação de uma perturbação do cérebro.
- Devem ser retomadas as atividades normais.
- O tratamento é semelhante ao que se faz nas perturbações depressivas e ansiedade.

111

## Dúvidas e questões



Baseado no trabalho de:



112



MUITO OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO.  
VOLTAMOS PARA A SESSÃO VI – EXPERIÊNCIA DE OUTROS SINTOMAS

Baseado no trabalho de:



113

## Intervenção Psicoeducativa



EXPERIÊNCIA DEPRESSIVA E ANSIOSA

Baseado no trabalho de:



114

## Sessões

**Sessão I** – Psicoeducação e bem-estar geral

**Sessão II** – Perturbação mental

**Sessão III** – Experiência Depressiva

**Sessão IV** – Experiência Ansiosa

**Sessão V** – Experiência de Outros Sintomas

**Sessão VI** – Estratégias de Autoajuda

115



## Estratégias de Autoajuda

SESSÃO VI

Baseado no trabalho de:



116

## Sumário

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho em casa: Registo de Compromisso
- Objetivos: o que esperamos?
- Fórmula ABC
- Técnica Autoajuda – Experiência depressiva
- Técnica Autoajuda – Experiência ansiosa Tratamento
- Dúvidas e questões

117

## Resumo da sessão anterior

- A somatização é uma manifestação de uma perturbação do cérebro.
- Devem ser retomadas as atividades normais.
- O tratamento é semelhante ao que se faz nas perturbações depressivas e da ansiedade.

118

## Trabalho em casa: Registo e Compromisso

Two activity logs. The first is titled 'TOMAR CONTA DA SUA SAÚDE' and features a cartoon character with a brain icon. The second is titled 'REGISTO DIÁRIO DE ATIVIDADES' and features a cartoon character with a heart icon. Both logs have columns for 'Data', 'Atividade', and 'Hora'.

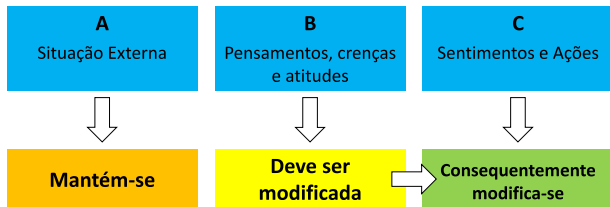
119

## Objetivos – o que esperamos?

- Conhecer e aplicar diferentes estratégias de gestão dos sintomas da experiência depressiva e ansiosa.
- Partilhar experiências que ajudem a definir estratégias.

120

## Fórmula ABC



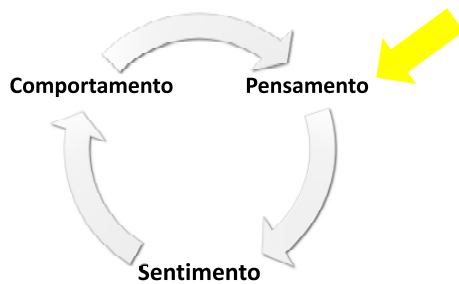
121

## Fórmula ABC - exemplos

A: João é repreendido pelo atraso na entrega do relatório  
B: A crítica é injusta  
C: Sente-se revoltado

A: Mário sentiu uma dor no estômago  
B: Pensou que podia ser um cancro  
C: Teve um ataque de pânico

122



123

## Técnica Autoajuda – Experiência depressiva

### Agenda de atividades

Objetivo: Neutralizar a perda de motivação, a inatividade e preocupação com ideias depressivas.

Não realizar todos os planos não deverá ser motivo de insatisfação.

É importante o tipo de atividade e não a frequência.

Reservar algum tempo de cada noite para planear o dia seguinte.

124

## Técnica Autoajuda – Experiência ansiosa

### Treino do Controlo da Respiração

**Expire primeiro:** esvazie completamente os pulmões

**Inspire e expire pelo nariz:** diminui a frequência da respiração

**Respiração diafragmática:** inspiração – expansão do abdómen  
expiração – retração do abdómen

**Conte enquanto respira:** inspiração (1,2,3,4,5)

expiração (1,2,3,4,5,6)

125

## Técnica Autoajuda – Experiência ansiosa

- Inicialmente só deve treinar o controlo respiratório em ambientes relaxantes e seguros.
- Quando se sentir preparado poderá começar a usar quando se sentir levemente ansioso/a.
- Quando se sentir seguro com a técnica poderá começar a aplicá-la em situações de ansiedade grave.

126

## Técnica Autoajuda – Experiência ansiosa

### Contagem Decrescente

- Inicie a contagem no número 100 e comece por subtrair 3, ficando com 97 deverá subtrair novamente 3 e assim sucessivamente até chegar ao número 1.
- Quando perceber que já memorizou a sequência deve reiniciar no número 100 e subtrair 7 até chegar ao número 1.
- Com o passar do tempo, aumentar o nível de dificuldade.

127

## Técnica Autoajuda – Experiência ansiosa

### Descrição do Contexto Envolvente

Sempre que começar a sentir-se ansioso, sem que o nível de ansiedade seja muito elevado, deverá descrever o meio envolvente.

A descrição deve ser minuciosa e ter em atenção o maior número de pormenores possíveis.

A descrição pode ser feita em voz alta para outra pessoa ou em voz baixa para si mesmo/a. Poderá ainda usar o telemóvel para simular uma conversa com alguém enquanto descreve o sítio onde se encontra.

128



129

## Dúvidas e questões



Baseado no trabalho de:



130

## AVALIAÇÃO



131

MUITO OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO.

Baseado no trabalho de:



132

## **APÊNDICE VI**

Registo Diário de Atividades

Dia	Atividades	Sim
	<b>Organização Diária</b>	
	<b>Hábitos Saudáveis de Sono</b>	
	<b>Atividade Física</b>	
	<b>Alimentação Saudável</b>	
	<b>Interação Social</b>	

Dia	Atividades	Sim
	<b>Organização Diária</b>	
	<b>Hábitos Saudáveis de Sono</b>	
	<b>Atividade Física</b>	
	<b>Alimentação Saudável</b>	
	<b>Interação Social</b>	

## TOMAR CONTA DA SUA SAÚDE



## REGISTO DIÁRIO DE ATIVIDADES

Esta atividade destina-se a pessoas que vivem com depressão ou ansiedade e que estejam envolvidos num grupo de psicoeducação. O objetivo é promover um estilo de vida que possa ajudá-lo a melhorar a sua saúde mental e física.

Todos os dias, coloque uma marca de verificação ao lado de cada atividade que desenvolveu.

Tente ter tantas marcas de verificação em cada dia quanto possível.

### Exemplos

#### Organização Diária

- ◇ Mantenha uma programação diária para todos os dias da semana.
- ◇ Reveja a sua programação para o dia quando se levanta, ou melhor ainda - antes de ir para a cama! Isso ajuda a lembrar-se o que vai fazer e quando deve fazê-lo.
- ◇ Prepare antecipadamente as coisas que vai precisar para o dia. Se costuma estar à pressa no período da manhã, pode organizar-se antes de ir para a cama.
- ◇ Certifique-se de que tem tudo o que precisa antes de sair de casa.

#### Hábitos saudáveis de sono

- ◇ Evite cafeína (p.ex: café, chá, coca-cola e chocolate) 4 horas antes de dormir.
- ◇ Evite sestas durante o dia.
- ◇ Acorde à mesma hora todos os dias.
- ◇ Vá para a cama à mesma hora todas as noites (mesmo nos fins de semana).
- ◇ Ter uma rotina regular antes de dormir e segui-la todas as noites. Ajuda a preparar o corpo para a hora de dormir.
- ◇ Não utilizar écrans (p.ex: smartphone, computador, televisão e tablet) por pelo menos 30 minutos (de preferência 1 hora) antes de dormir. Os écrans estimulam o cérebro, tornando mais difícil o adormecer. Pode ler um livro ou uma revista.

#### Atividade física

- ◇ Andar de bicicleta ou nadar.
- ◇ Caminhada.
- ◇ Utilizar as escadas/evitar elevador.
- ◇ Aeróbica, cardio e dança.
- ◇ Desportos de equipa-
- ◇ Pelo menos 30 minutos por dia de exercício é benéfico. Sempre que possível faça as atividades ao ar livre durante o dia.

#### Alimentação saudável

Tome sempre um pequeno-almoço saudável e equilibrado. Tente incluir laticínios, cereais integrais e frutas.

Beba muita água durante o dia.

Evite refrigerantes e snacks não saudáveis, sempre que possível.

Opte por comer fruta como sobremesa.

#### Interação social

Visite um amigo ou convide-o para ir a sua casa ou para beberem um café.

Almoce ou jante com um amigo ou membro da família.

Ir a um filme ou a um concerto com um amigo ou membro da família.

Ligue a um amigo ou membro da família para perguntar como ele se encontra.

Dia	Atividades	Sim
	<b>Organização Diária</b>	
	<b>Hábitos Saudáveis de Sono</b>	
	<b>Atividade Física</b>	
	<b>Alimentação Saudável</b>	
	<b>Interação Social</b>	

## **ANEXO**

## **ANEXO I**

### Programa de Psicoeducação da Associação Eutimia

Módulo 27 – Implementação das 6 sessões de psicoeducação em grupo para doentes com patologia mental comum

## TEMA H PSICOEDUCAÇÃO

Módulo 27 – Implementação das 6 sessões de psicoeducação em grupo para doentes com patologia mental comum

## 6 aulas ou sessões

- Sessão I – Psicoeducação e bem-estar geral
- Sessão II – Perturbação mental
- Sessão III – Depressão
- Sessão IV – Ansiedade
- Sessão V – Somatização
- Sessão VI – Estratégias de autoajuda



## Agradecimentos

Os materiais e conteúdos são da responsabilidade da EUTIMIA.

Neste módulo, foi muito relevante a colaboração de Stan Kutcher da **Dalhousie University** para a adaptação e inspiração dos materiais de [www.teenmentalhealth.org](http://www.teenmentalhealth.org).



Para utentes e familiares

## CURSO PSICOEDUCAÇÃO PARA DOENTES COM PATOLOGIA MENTAL COMUM



## Seja bem-vindo ao curso de psicoeducação para doentes com patologia mental comum



## Vamos ter 6 sessões

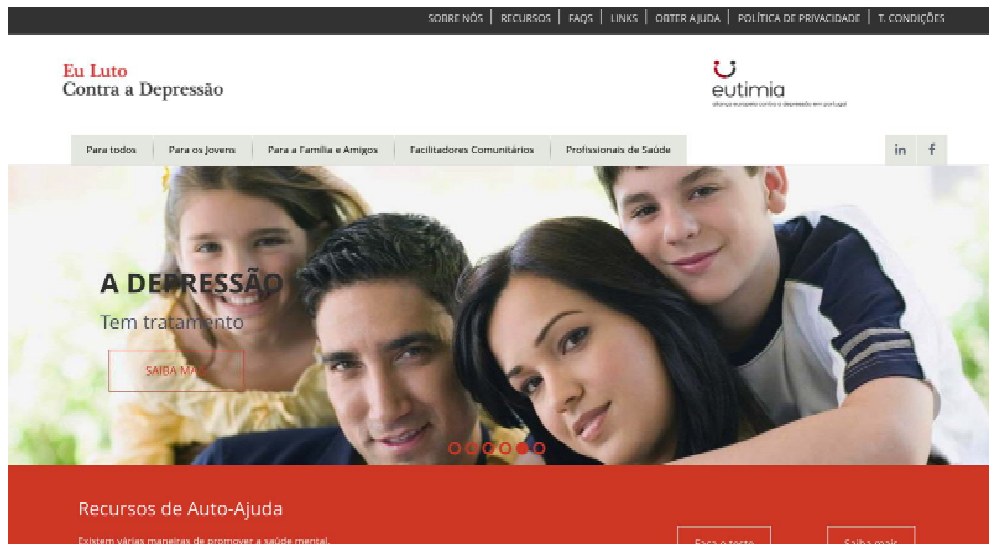
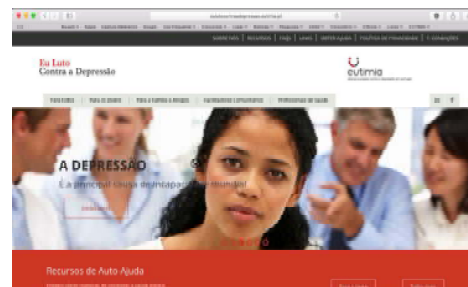
- Sessão I – Psicoeducação e bem-estar geral
- Sessão II – Perturbação mental
- Sessão III – Depressão
- Sessão IV – Ansiedade
- Sessão V – Somatização
- Sessão VI – Estratégias de autoajuda



No fim das seis sessões do curso, pode aceder aos conteúdos e materiais que aqui apresentamos em

[Eu Luto Contra a Depressão](http://www.eulutocontraadepressao)

[www.eulutocontraadepressao](http://www.eulutocontraadepressao)



Sessão 01 – Psicoeducação e bem-estar geral: dicas para melhor saúde mental

## CURSO PSICOEDUCAÇÃO PARA DOENTES COM PATOLOGIA MENTAL COMUM



### Sessão 01 – Psicoeducação e bem-estar geral: dicas para melhor saúde mental

- Objetivos – o que esperamos?
- Apresentação
- Regras de funcionamento
- Manuais de psicoeducação
- Registo diário para depressão e ansiedade
- Dúvidas e questões

## Psicoeducação

### Apresentação

- Cada participante deve apresentar-se e dizer o que espera que aconteça no grupo de psicoeducação.

## Psicoeducação

### Objetivos – o que esperamos?

- Conhecer a estrutura do programa de psicoeducação.
- Compreender o funcionamento dos grupos de psicoeducação.
- Distinguir psicoeducação e psicoterapia.
- Identificar os ganhos decorrentes da participação nos grupos de psicoeducação.

# Psicoeducação

## Objetivos – o que esperamos?

- Conhecer algumas atividades úteis para o bem-estar.
- Compreender que a prática de atividades saudáveis leva à redução de sintomas de ansiedade e depressão.
- Conhecer os diferentes tipos de atividade presentes no instrumento que vai ser fornecido.

# Psicoeducação

## EDUCAÇÃO

## GESTÃO

## PREVENÇÃO

# Psicoeducação

## Definição

É uma forma de passar informação aos utentes acerca da doença mental comum: depressão, ansiedade e somatização (sintomas físicos):

- Sintomas
- Formas de tratamento
- Estratégias para gerir os sintomas.

# Funcionamento dos grupos psicoeducativos

1. Periodicidade → semanal / 6 sessões de 75min
2. Local
3. Formato das sessões
  - Resumo da sessão anterior
  - Revisão dos trabalhos de casa (registo)
  - Apresentação do plano da presente sessão
  - Desenvolvimento da sessão
  - Resumo final sobre a sessão

## Funcionamento dos grupos psicoeducativos

### Regras

- Confidencialidade – não partilhar assuntos e experiências relatadas no grupo.
- Pontualidade – as sessões devem começar à hora estabelecida.
- Simpatia e ajuda – respeito entre membros do grupo.
- Assiduidade – é importante a assistência a todas as sessões.
- Partilha – podem ser partilhadas experiências pontualmente (evitar dispersões).

## Bem-estar geral

Existem diferentes formas e estratégias de conseguir uma melhor saúde mental:

- ✓ Atividade física
- ✓ Hábitos de sono saudáveis
- ✓ Organização diária
- ✓ Contacto social positivo
- ✓ Alimentação saudável

## Dicas bem-estar geral

### Atividade física

Exemplos:

- ✓ Andar de bicicleta
- ✓ Caminhadas
- ✓ *Step* (subir escadas)
- ✓ Aeróbica e cardio-fitness
- ✓ Dançar e outros desportos recreativos

## Dicas bem-estar geral

### Hábitos de sono saudáveis

Exemplos:

- ✓ Levantar-se da cama assim que acordar e não voltar para a cama.
- ✓ Evite a ingestão de cafeína (café, Coca-Cola, chá e chocolate) 4 horas antes de se deitar.
- ✓ Evite as sestas durante o dia.
- ✓ Tente acordar à mesma hora todos os dias.
- ✓ Tenha uma rotina de relaxamento progressivo antes de se deitar, incluindo atividades como ler um livro, tomar um banho quente, etc.
- ✓ Não deve ter televisão, mp3, iPod ou telemóvel no quarto.

## Dicas bem-estar geral

### Organização Matinal Diária

Exemplos:

- ✓ Mantenha uma agenda onde seja possível planear todos os dias da semana.
- ✓ Reveja o dia na sua agenda assim que se levanta da cama.
- ✓ Certifique-se de que sabe o que tem de fazer e quando tem de o fazer.
- ✓ Prepare as coisas que precisa para o dia.
- ✓ Antes de sair de casa certifique-se de que leva consigo tudo o que precisa.

## Dicas bem-estar geral

### Contacto social positivo

Exemplos:

- ✓ Visite um/a amigo/a ou convide-o/a para vir a sua casa ou para sair.
- ✓ Almoce ou jante com um/a amigo/a ou familiar.
- ✓ Vá ao cinema ou a um concerto com amigos/as ou familiares.
- ✓ Telefone a um/a amigo/a ou familiar para saber como tem passado.

## Dicas bem-estar geral

### Alimentação saudável

Exemplos:

- ✓ Tome sempre o pequeno-almoço e inclua lacticínios (leite e/ou iogurtes), pão integral ou de cereais e fruta fresca.
- ✓ Beba muita água durante o dia.
- ✓ Evite as bebidas refrigerantes e as refeições rápidas pouco saudáveis (ou snacks; limite o consumo a um por dia).
- ✓ Coma alimentos ricos em ómega 3 (sardinhas, salmão, nozes, tofu).
- ✓ Coma fruta como sobremesa.



Trabalho de casa

**Registo  
diário**

Dia	Actividades	Sim
Segunda-feira	Organização Matinal*	
	Hábitos de Sono Saudáveis*	
	Actividade Física*	
	Alimentação Saudável*	
	Contacto Social Positivo*	

\*Para consultar exemplos veja a última página

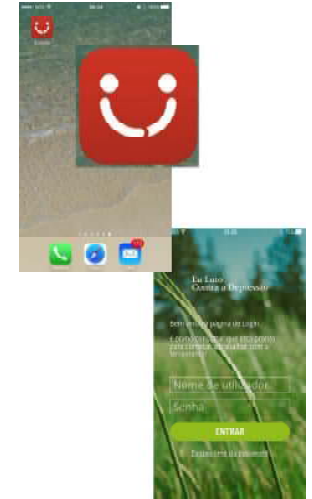
Dia	Actividades	Sim
Terça-feira	Organização Matinal	
	Hábitos de Sono Saudáveis	
	Actividade Física	
	Alimentação Saudável	

Dia	Actividades	Sim
Quarta-feira	Organização Matinal	
	Hábitos de Sono Saudáveis	
	Actividade Física	
	Alimentação Saudável	

Uma *app* de estilos de vida saudável para os utentes

## A Ferramenta!

1. Faça o download a partir de [www.eulutocontraadepressao.pt/ferramenta/](http://www.eulutocontraadepressao.pt/ferramenta/) ou na App Store ou Loja Android
2. Instale no seu smartphone ou tablet
3. Clique no ícone da app
4. Tem acesso imediato ao **Módulo 7: Sentir-se Melhor: Estilo de Vida Saudável**



## Registo Diário: como se faz?

### Acompanhamento do registo diário nas sessões

- ✓ Não é esperado ou exigido que cada doente faça sempre o registo das 5 actividades com sucesso – deve tentar fazer o mínimo de 2 actividades
- ✓ Só deve ser feito o registo das actividades realizadas
- ✓ O ritmo de cada um é respeitado
- ✓ É feita a revisão em grupo do registo de actividades (todas as sessões)
- ✓ Não é obrigatório cumprir os exemplos apresentados no registo – podem ser registadas actividades que já são praticadas

## IMPORTANTE

**Respeito** pelo ritmo individual !

Actividades **adequadas** a cada pessoa !

Não se pedem mudanças radicais, mas sim treino **gradual** adaptado a cada pessoa !

## IMPORTANTE

Psicoeducação

≠

Psicoterapia

Grupos de ajuda mútua ou autoajuda

## Dúvidas e questões

Muito Obrigada pela participação!

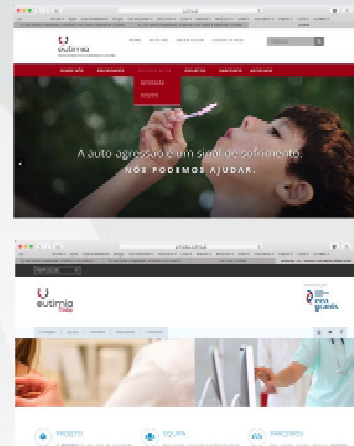
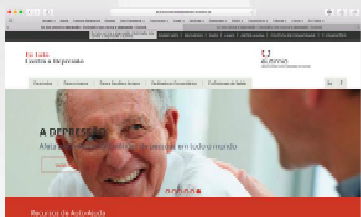
Até à próxima sessão!

### Visite os nossos sites

[www.eutimia.pt](http://www.eutimia.pt)

[www.eulutocontraadepressão.pt](http://www.eulutocontraadepressão.pt)

[www.primedep.eutimia.pt](http://www.primedep.eutimia.pt)



Sessão 02 – Perturbação mental

## CURSO PSICOEDUCAÇÃO PARA DOENTES COM PATOLOGIA MENTAL COMUM



## Sessão 02 – Perturbação mental

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho de casa: Registo diário para depressão e ansiedade
- Objetivos: o que esperamos?
- Saúde mental
- Funcionamento do cérebro
- Sofrimento e perturbação mental
- Diagnóstico
- Mitos e factos
- Dúvidas e questões

## Psicoeducação

- Resumo da sessão anterior:
  - *Quais os temas falados na sessão anterior?*
  - *O que foi mais importante na sessão anterior?*

## IMPORTANTE

Psicoeducação

≠

Psicoterapia

Grupos de ajuda mútua/ auto-ajuda

## IMPORTANTE

**Respeito** pelo ritmo individual!

Atividades **adequadas** a cada pessoa!

Não se pedem mudanças radicais, mas sim treino **gradual** adaptado a cada pessoa!



## Trabalho de casa

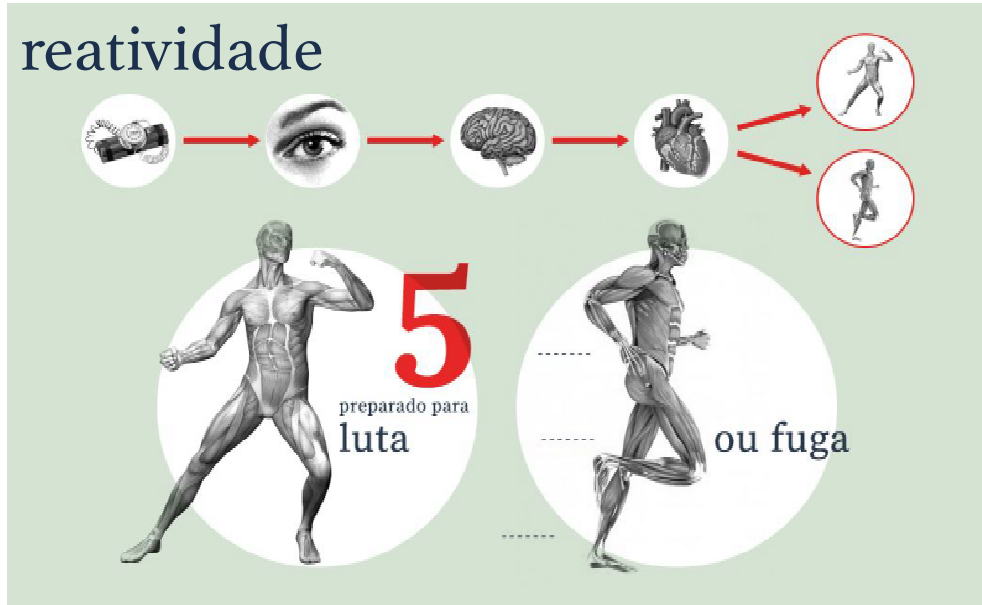
# Registo diário

# Perturbação Mental

## Objetivos – o que esperamos?

- Conhecer a definição de perturbação mental;
- Perceber que o cérebro sofre alterações quando existe uma perturbação mental;
- Compreender a diferença entre sofrimento mental e perturbação mental;
- Conhecer o peso da depressão, das perturbações de ansiedade e da somatização na sociedade;
- Conhecer e refletir sobre o estigma associado à doença mental.





## comportamento



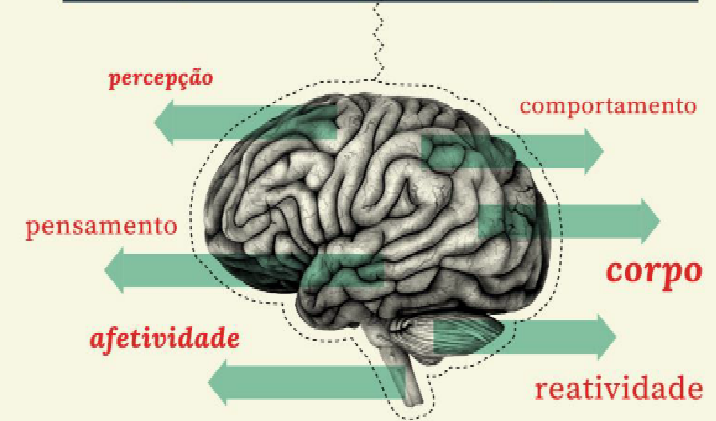
Copyright® EUTIMIA

Tema H - Módulo 27

45

## perturbação mental

perturbação mental = doença mental = doença do cérebro



Copyright® EUTIMIA

Tema H - Módulo 27

46

## perturbação mental

Uma ou mais das 6 funções mentais complexas do cérebro não estão a funcionar bem com tradução em SINAIS e SINTOMAS

Indica **deterioração funcional** em um ou mais domínios da vida quotidiana

Os sintomas são continuados ou recorrentes (**duração**)

É **consistente com as classificações de doenças** – ICD ou DSM

As **causas são complexas** – interações complexas entre genes, ambiente e neuro-desenvolvimento



Copyright® EUTIMIA

Tema H - Módulo 27

47

## sofrimento mental

- Comum
- Uma resposta aos desafios ambientais
- Pode ser adaptativo
- Habitualmente curta e não grave - não compromete significativamente o funcionamento
- Não é "diagnosticável"
- Geralmente não carece de intervenção profissional
- Geralmente responde bem ao suporte "habitual" e actividades de vida positivas



- Menos comum
- Pode ter início sem desafios ambientais
- Frequentemente longo prazo (crónico e episódico) - défice funcional significativo
- Deve preencher critérios de diagnóstico
- Carece de intervenção profissional
- Geralmente responde bem a tratamentos baseados na evidência
- Geralmente o suporte "habitual" e as actividades de vida positivas ajudam

**perturbação mental**

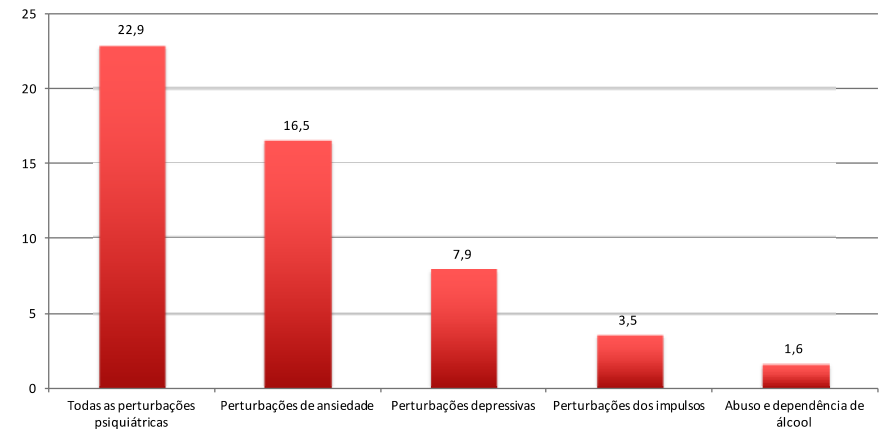
Copyright® EUTIMIA

Tema H - Módulo 27

48

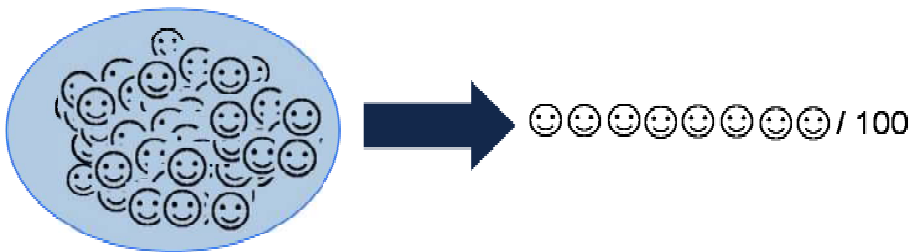


## Prevalência das doenças mentais em Portugal



Caldas de Almeida, José Miguel e Miguel Xavier. 2013. *Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental - 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

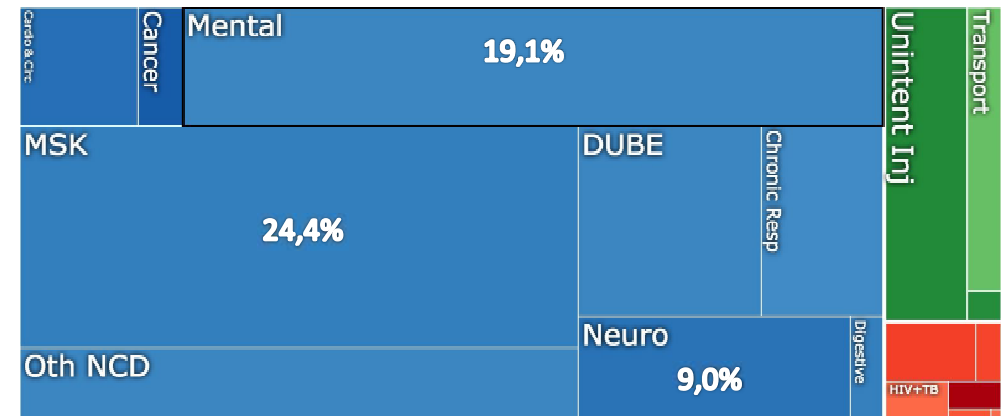
## O que é a prevalência?



Exemplo: 8 em 100 pessoas podem ter o diagnóstico de depressão

## Doenças mentais: impacto em Portugal

doenças mentais = 19% **2ª causa**



Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2010, released 3/2013, © 2013 University of Washington, <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

## Diagnóstico

### ✓ O que se deve ter em conta:

- **Duração** – alterações continuadas ou recorrentes
- **Deterioração funcional** – deterioração ou perturbação do funcionamento numa ou mais áreas da vida (social, profissional, familiar, etc)
- **Sinais e sintomas** – cada perturbação tem sinais e sintomas específicos



## IMPORTANTE

- Perturbação mental é **diferente de sofrimento mental**
- Todas as perturbações mentais resultam do mau funcionamento de um órgão: o **cérebro**



## Dúvidas e questões

Muito Obrigada pela participação!

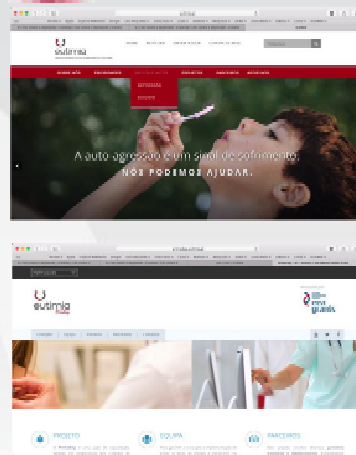
Até à próxima sessão!

## Visite os nossos sites

[www.eutimia.pt](http://www.eutimia.pt)

[www.eulutocontraadepressão.pt](http://www.eulutocontraadepressão.pt)

[www.primedep.eutimia.pt](http://www.primedep.eutimia.pt)



## Sessão 03 – Depressão

# CURSO PSICOEDUCAÇÃO PARA DOENTES COM PATOLOGIA MENTAL COMUM



## Sessão 03 – Depressão

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho de casa: Registo diário para depressão e ansiedade
- Objetivos – o que esperamos?
- Definição – O que é?
- Sintomas
- Atitudes e mitos
- Fatores de risco
- Tratamento
- Risco de suicídio
- Dúvidas e questões

## Perturbação mental

- Resumo da sessão anterior:
  - *Quais os temas falados na sessão anterior?*
  - *O que foi mais importante na sessão anterior?*

## IMPORTANTE

- Perturbação mental é **diferente de sofrimento mental**
- Todas as perturbações mentais resultam do mau funcionamento de um órgão: o **cérebro**





Trabalho de casa

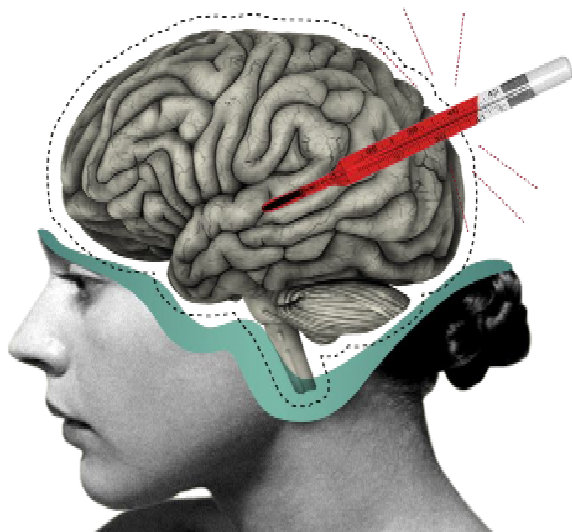
## Registo diário

## Depressão

Objetivos – o que esperamos?

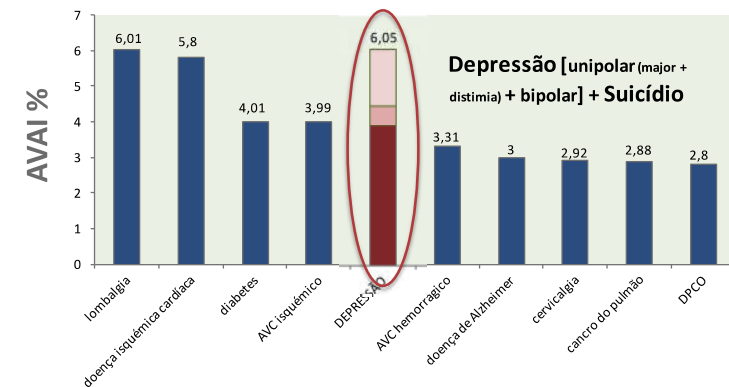
- Conhecer a definição de depressão e reconhecê-la como uma perturbação mental;
- Conhecer alguns mitos e atitudes em relação à depressão e refletir sobre o peso que estes têm na aceitação da doença;
- Conhecer os sintomas da depressão;
- Perceber que existem formas de tratamento da depressão incluindo estratégias de autoajuda;
- Compreender conceitos associados à suicidalidade.

depressão clínica = perturbação mental



## Depressão: impacto em Portugal

10 causas principais de AVAIs em Portugal, ambos os sexos, todas as idades, 2010 (%)



Adaptado de: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2010, released 3/2013, © 2013 University of Washington, <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

## Prevalência da depressão

### Dados importantes

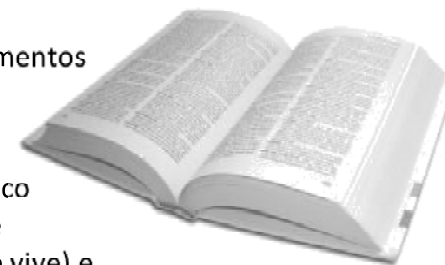
- Em cada **5 consultas** consecutivas com o médico de família, **1 doente** apresenta o diagnóstico de depressão
- A depressão pode afetar pessoas de todas as idades e se não for tratada pode ter como consequência mais grave o suicídio

## “depressão”: significados

**Depressão é uma palavra que pode ter vários significados...**

Na **linguagem cotidiana**, está frequentemente associada a sentimentos de tristeza, angústia, infelicidade, desânimo e desmoralização.

A **depressão clínica** é um diagnóstico médico e constitui um conjunto de **SINTOMAS** (o que a pessoa sente e vive) e **SINAIS** (o que as outras pessoas observam).



**Tantos significados para a palavra “deprimido”:  
 Não há aqui depressão!**

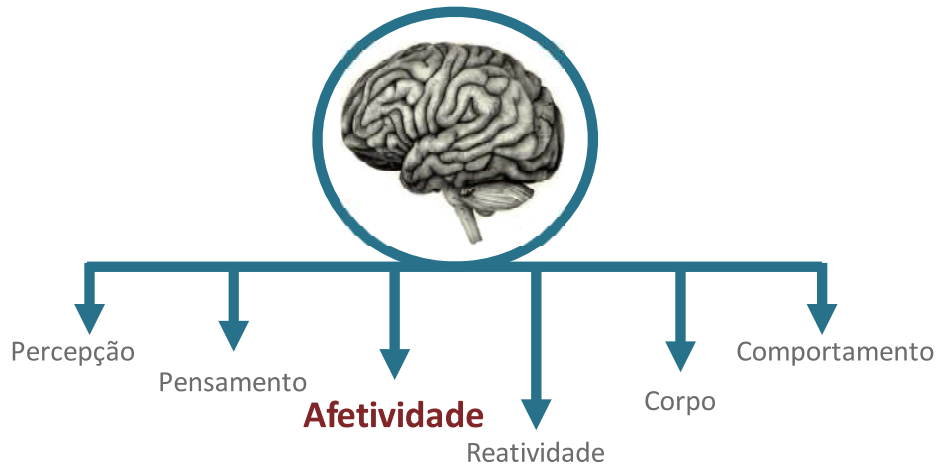


## depressão

Estado subjectivo interno de “tristeza” ou “infelicidade”, acompanhado por pensamentos negativos acerca do próprio, do seu passado e futuro, e de sintomas físicos que, em conjunto limitam o seu funcionamento habitual (profissional, social, interpessoal, etc.)



## Perturbações do humor



## Depressão - Diagnóstico

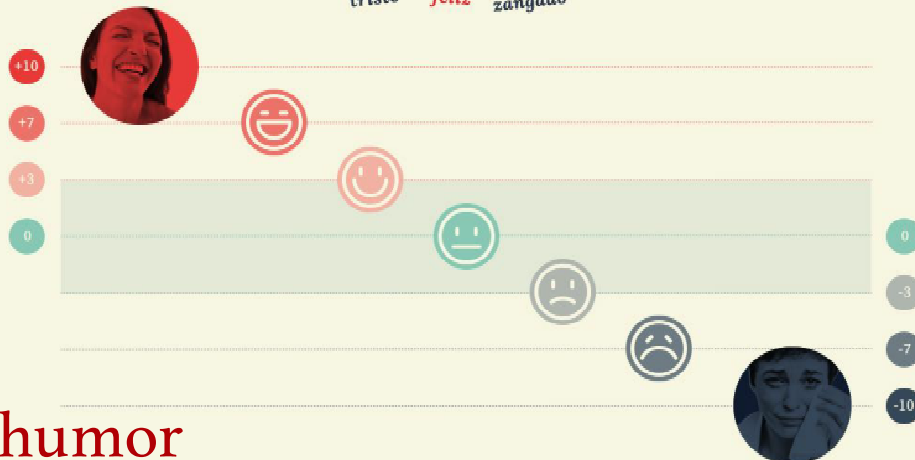
- ✓ **SINAIS e SINTOMAS** (O que é que os outros observam? O que sinto?)
- ✓ **DURAÇÃO** dos SINTOMAS (Há quanto tempo é que tenho estes sintomas?)
- ✓ **DETERIORAÇÃO FUNCIONAL** (O que é que deixei de fazer? Em que áreas da minha vida é que observo diferenças? Na vida pessoal, profissional, familiar, etc???)

**Não esquecer funções do cérebro!**

O humor é o sentimento interno constante experimentado pelo indivíduo.

Como me sinto por dentro?

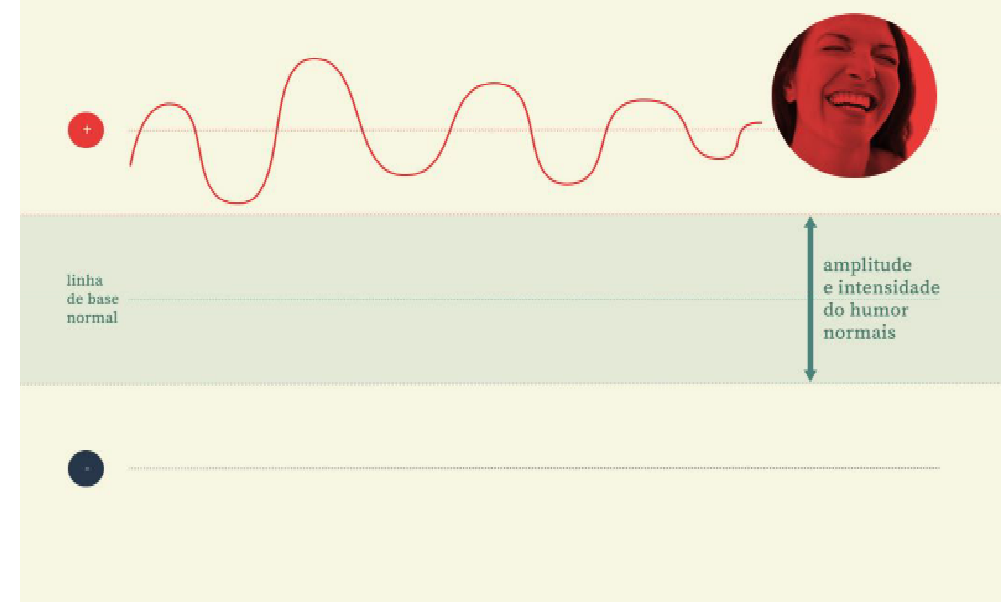
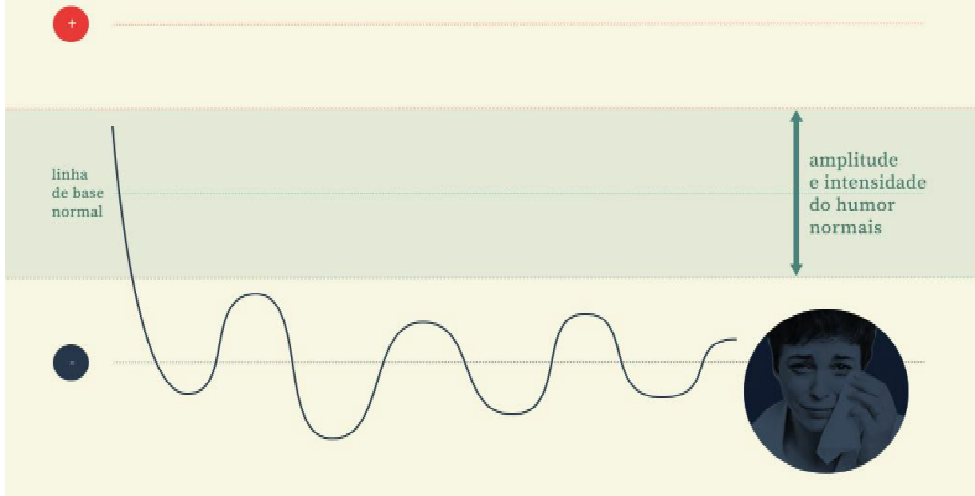
triste    feliz    zangado



desvio transitório no pólo (+)  
 em consequência de acontecimentos de vida (+)



**Episódio Depressivo :**  
 'Posição do Estado de Humor' muda para o pólo negativo



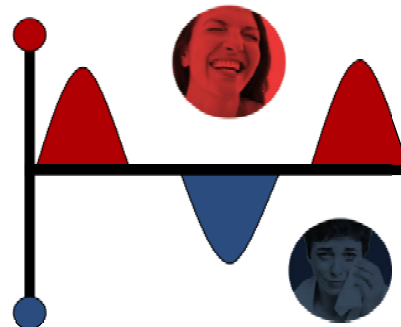
O que são as perturbações do humor?

**Perturbações do humor unipolares**

**Perturbações do humor bipolares**



Exemplo: *perturbação depressiva major*



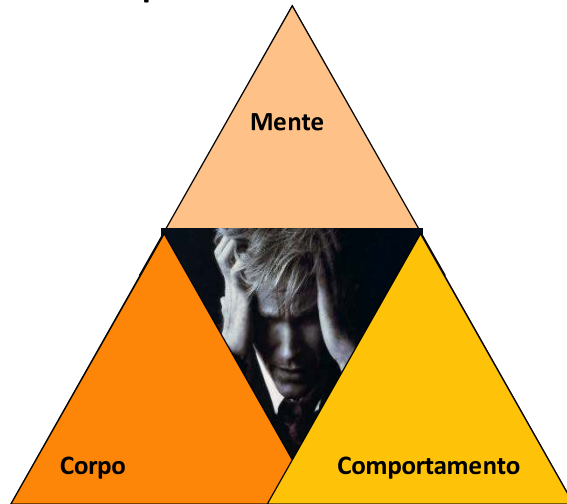
Exemplo: *doença bipolar*

**Depressão: definição**

- ... ameaçadora do bem-estar
- ... um problema de saúde pública
- ... uma doença médica
- ... uma perturbação do humor

**... uma perturbação mental**

## A depressão afeta tudo



## Em que é que a depressão é diferente da tristeza?

Humor persistentemente depressivo, a maior parte do dia, durante um longo período de tempo

Múltiplos sinais e sintomas associados: afetivos, pensamento e cognição, comportamento, e corpo

Compromisso no funcionamento social, interpessoal e ocupacional

Pode acontecer independentemente das circunstâncias de vida ou sem causa aparente

O humor depressivo geralmente não reage a alterações no meio



## Depressão: sintomas

### Sintomas psicológicos

- Humor deprimido
- Incapacidade de atribuir um sentido para a vida
- Perda de interesses e tristeza
- Falta de concentração e de atenção
- Baixas auto-estima e auto-confiança
- Sentimentos de culpa e de desvalorização pessoal
- Frieza afetiva
- Perspetivas de futuro negativas e pessimistas
- Pensamentos suicidas

## Depressão: sintomas

### Sintomatologia física

- Perda de peso
- Perturbações do sono: insónia, despertar precoce
- Tensão e pressão no pescoço e garganta
- Suores, palpitações
- Reumático, dor crónica
- Perda de libido
- Fraqueza e falta de energia / fadiga rápida

## Depressão: sintomas

### **Alterações do comportamento**

- Isolamento social
- Agitação ou inibição psicomotora
- Alterações na linguagem (corporal)
- Falta de vigor e de energia / apatia
- Tentativas de suicídio, ideação e planos suicidas

## Mitos e atitudes

***Se alguém sofre de depressão é por fraqueza de carácter***

***O tratamento destas patologias é algo misterioso ou complexo de modo que os médicos não percebem nem conseguem tratar estes doentes***

***São patologias do foro “psi”, muitas não médicas***

## Mitos e atitudes

***Quem sofre de depressão tem mais é que se recompor e sair dela***

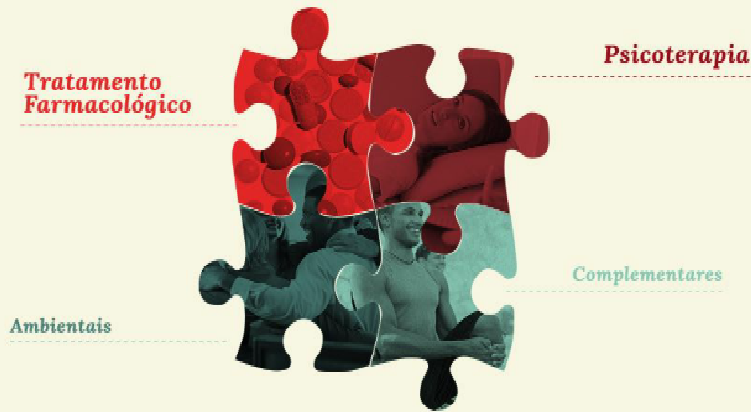
***A depressão e as outras perturbações são situações triviais, que desaparecerão por elas mesmas***

***Não são patologias ou não são tratáveis***

## Fatores que aumentam o risco para a depressão unipolar

- Química cerebral alterada
- Genética
- Acontecimentos negativos na infância (abuso físico, sexual, emocional, negligência)
- Ansiedade de separação na infância
- Traumatismo craniano
- Doença crónica (incapacidade funcional)

## Intervenções integradas



## Resumo

- ✓ Entre 10 a 20% dos doentes na sala de espera sofrem de depressão.
- ✓ A depressão nem sempre é valorizada e são atribuídas causas físicas aos sintomas. Ou os sintomas podem ser erradamente percebidos como meros sentimentos de tristeza ou abatimento.
- ✓ A depressão é frequentemente tratada com sucesso através do recurso a antidepressivos e/ou psicoterapia.
- ✓ As dúvidas e os preconceitos acerca do diagnóstico psiquiátrico, bem como sobre a medicação, comprometem o êxito do tratamento.
- ✓ As explicações detalhadas e a partilha de informação são essenciais.

Os comportamentos suicidários – ideias de suicídio, tentativas de suicídio e suicídio consumado – são frequentemente secundários à depressão.

## DEPRESSÃO E SUICÍDIO

## 18.2. Mitos sobre o suicídio

Mito	Realidade
Alguém que é esperto e bem sucedido jamais cometerá suicídio	Tenha cuidado... lembre-se, a suicidalidade é muitas vezes mantida em segredo. O 'suicídio' não tem limites culturais étnicos, raciais ou socioeconómicos.
As pessoas que tentam o suicídio só estão à procura de atenção	Em algumas pessoas uma tentativa de suicídio é um acontecimento que leva a um primeiro contacto com ajuda profissional. Um grito desesperado de ajuda não é o mesmo que chamar a atenção.
O suicídio é uma resposta esperada ao stress	O suicídio é um resultado anormal do stress. Toda a gente experiencia stress... nem toda a gente tenta o suicídio.

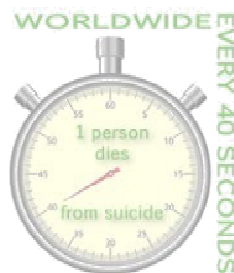
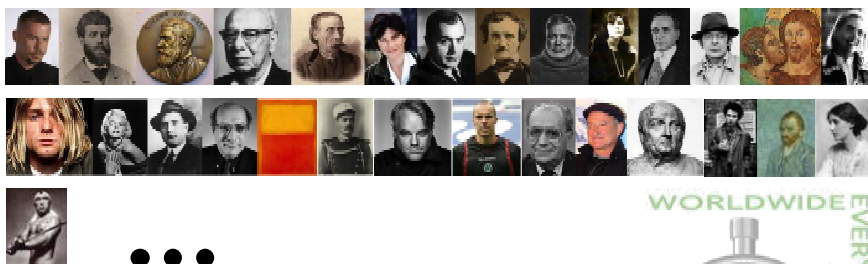
## 18.2. Mitos sobre o suicídio

Mito	Realidade
O suicídio é sempre um acto impulsivo	Muitas pessoas que cometem suicídio experimentaram pensamentos suicidas e pensaram acabar com a sua vida muito antes de passarem ao acto.
Se alguém fala em suicídio é pouco provável que esteja realmente a pensar em fazer mal a si próprio	Muitas pessoas que morrem de suicídio comunicaram previamente os seus sentimentos, pensamentos ou planos anteriores à sua morte.
As pessoas que cometem suicídio são egoístas e fracas	Muitas pessoas que cometem suicídio sofrem de uma perturbação mental que pode, ou não, ter sido reconhecida.

## 18.2. Mitos sobre o suicídio

Mito	Realidade
As pessoas que estão mesmo em risco de suicídio não têm ambivalência acerca da concretização do acto	A intensidade da suicidalidade aumenta e diminui, sendo que muitas pessoas que tentam ou cometem suicídio lutam contra o seu desejo em morrer.
Não há nada que possa ser feito por uma pessoa suicida	A maioria dos indivíduos que tentam o suicídio estão afectados por uma perturbação mental a qual poderá responder a um tratamento eficaz e adequado. O tratamento adequado de uma perturbação mental pode reduzir significativamente o risco de suicídio. Por exemplo, a suicidalidade associada à depressão normalmente resolve-se com o tratamento efectivo da perturbação depressiva.

## O suicídio atinge todas pessoas



## O que posso fazer se tiver ideias de morte ou suicídio?

### Procurar ajuda junto de:

- Médico de Família
- Profissionais não médicos da Unidade de Saúde
- Familiares
- Amigos
- Agentes comunitários
  - Padre
  - Polícia
  - Bombeiro
  - Etc.

## IMPORTANTE

- A depressão pode afetar **qualquer pessoa** a qualquer altura.
- É uma doença de um órgão: o **cérebro**.
- A **depressão clínica** é diferente de tristeza e obedece a critérios de diagnóstico.

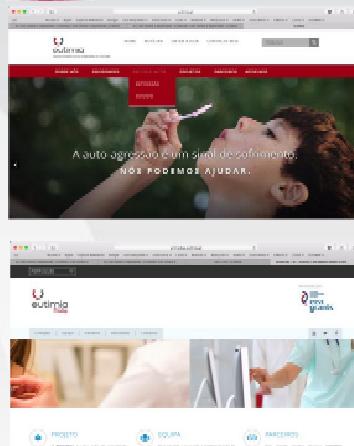
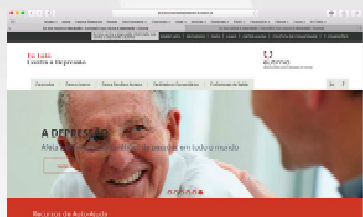
## Dúvidas e questões

Muito Obrigada pela participação!

Até à próxima sessão!

### Visite os nossos sites

[www.eutimia.pt](http://www.eutimia.pt)  
[www.eulutocontraadepressão.pt](http://www.eulutocontraadepressão.pt)  
[www.primedep.eutimia.pt](http://www.primedep.eutimia.pt)



Sessão 04 – Ansiedade

**CURSO  
PSICOEDUCAÇÃO PARA DOENTES COM  
PATOLOGIA MENTAL COMUM**

## Sessão 04 – Ansiedade

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho de casa – Registo diário para depressão e ansiedade
- Objetivos – o que esperamos?
- Definição – O que é?
- Ansiedade normal e ansiedade patológica
- Sintomas
- Fatores de risco
- Tratamento
- Dúvidas e questões

## Depressão

- Resumo da sessão anterior:
  - *Quais os temas falados na sessão anterior?*
  - *O que foi mais importante na sessão anterior?*

## IMPORTANTE

- A depressão pode afetar **qualquer pessoa** a qualquer altura.
- É uma doença de um órgão: o **cérebro**.
- A **depressão clínica** é diferente de tristeza e obedece a critérios de diagnóstico.



Trabalho de casa

**Registo  
diário**

# Ansiedade

## Objetivos – o que esperamos?

- Conhecer a definição de ansiedade e reconhecê-la como uma perturbação mental;
- Conhecer as diferentes respostas de ansiedade/medo;
- Conhecer os principais sintomas das diferentes perturbações de ansiedade;
- Compreender a necessidade da medicação no tratamento da ansiedade.

## Perturbação de ansiedade Aspeto Geral

- Postura tensa e inquieta
- Hipervigilante e hiperalerta
- Expressão facial denotando apreensão

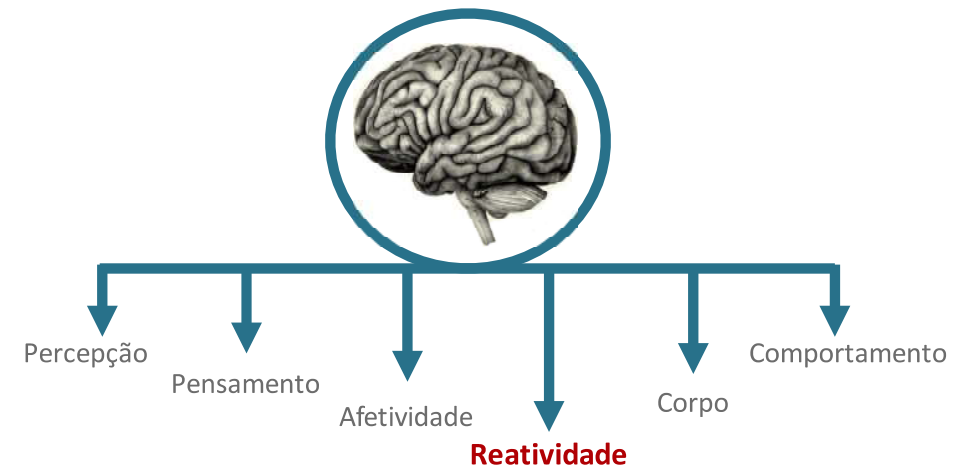


# Ansiedade

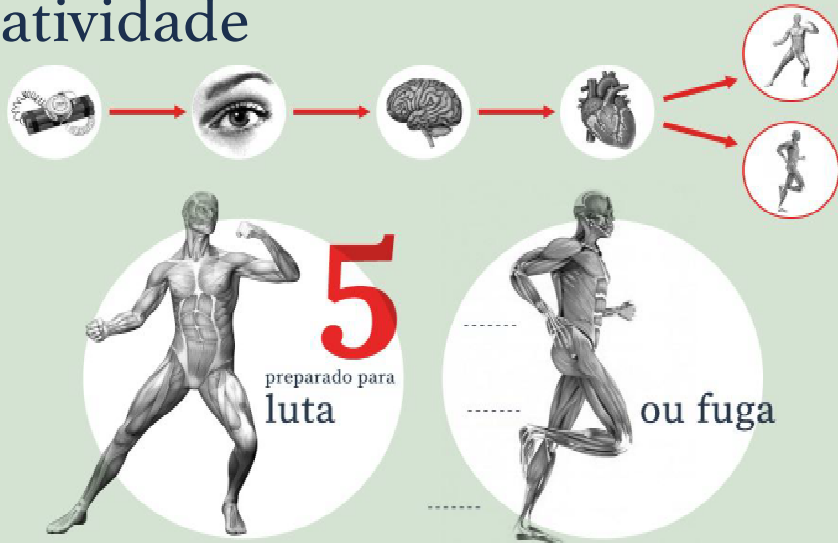
## Definição

- Estado emocional negativo:
  - sentimentos subjetivos de medo;
  - sintomas físicos.
- Resposta a ameaça imaginada;
- Estado de hipervigilância constante;
- Sensação subjetiva de angústia interior;
- Sentimento de inquietação.

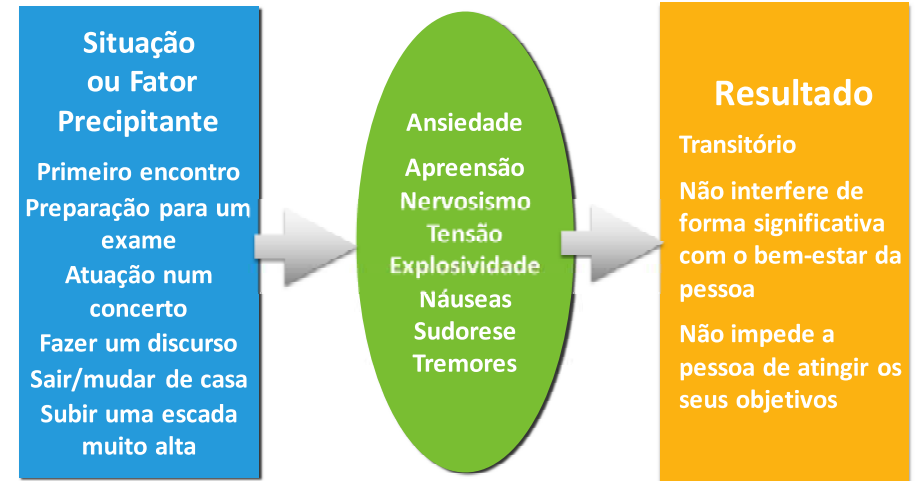
# Ansiedade



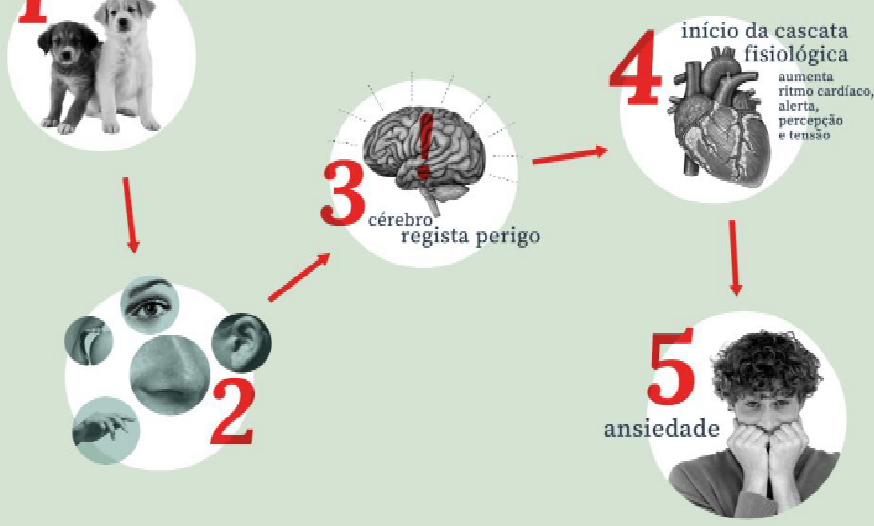
# reatividade



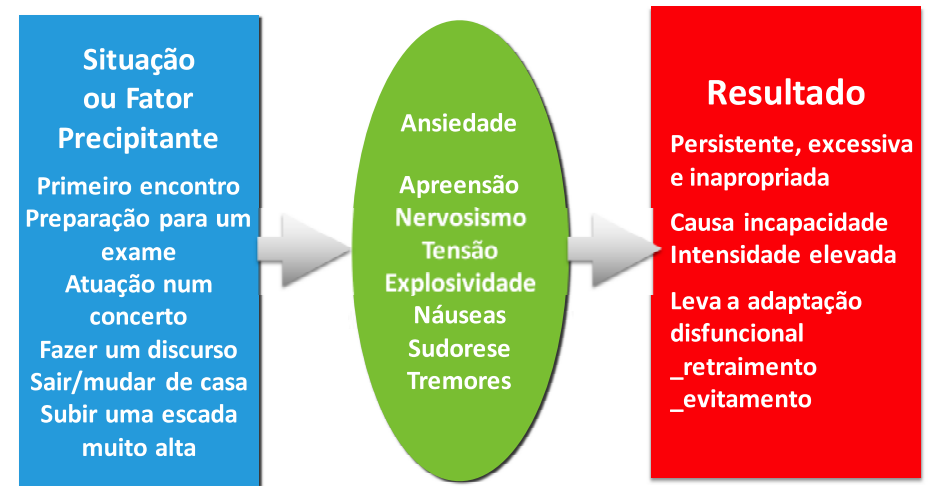
# O que é a ansiedade normal?



# o que é a ansiedade?



# O que é a ansiedade patológica?



# Ansiedade

## Sintomas

### Físicos

- Tensão muscular
- Sudorese
- Taquicardia
- Falta de ar

### Psicológicos

- Apreensão ou inquietação
- Preocupações repetidas
- Catastrofização
- Défice na concentração

# Ansiedade

## O que sente?

*“Estou sempre à espera do pior”*

*“Não consigo dormir”*

*“Sou muito nervoso. Grito com os meus filhos e com o meu marido”*

*“Nunca consigo relaxar-me”*

*“Dói-me sempre a cabeça / as costas / o estômago / o peito (etc)”*

*“Tremo muito”*

*“Devo ter uma doença grave do coração / dos intestinos / na coluna”*

*“Tenho um nó na garganta”*

*“Falta-me o ar, às vezes”*

# Ansiedade

## Perturbações de ansiedade

### Ansiedade social

- Medo de situações de avaliação
- Evitamento da situação de observação e avaliação  
*(“evito locais ou situações em que acho que posso ser avaliado de forma negativa pelas outras pessoas; as pessoas vão estar a olhar para mim...” – ex: festas)*
- Reconhecimento que o medo é excessivo e irracional  
*(“eu sei que este medo é exagerado e não tem muita razão de ser, mas sinto...”)*

# Ansiedade

## Perturbações de ansiedade

### Fobias simples

- Restrição a situações muito específicas:
  - Animais
  - Alturas
  - Espaços fechados
- Contacto com a situação pode provocar pânico

# Ansiedade

## Perturbações de ansiedade

### Agorafobia

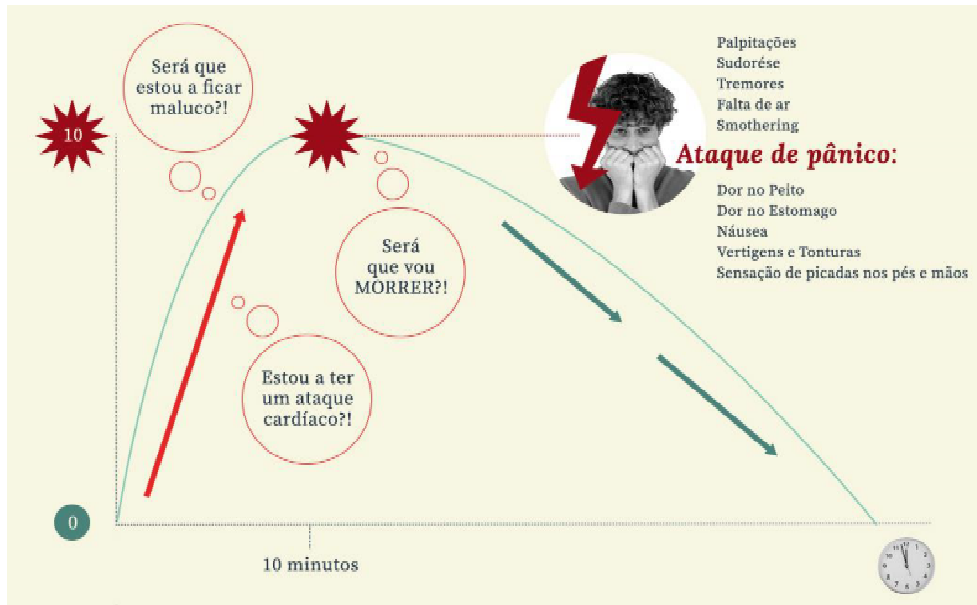
- medo de sair de casa/locais públicos/viajar sozinho
- perturbação de pânico é frequente
- Evitamento situações fóbicas ➡ pouca ansiedade

# Ansiedade

## Perturbações de ansiedade

### • Perturbação de pânico

- São ataques de ansiedade graves
  - não restringidos a nenhuma situação ou conjunto de circunstâncias específicos
- Sintomas comuns
  - palpitações
  - aumento da frequência cardíaca
  - náuseas
  - dor no peito



# Ansiedade

## Perturbações de ansiedade

### • Ansiedade generalizada

- Ansiedade persistente e generalizada
  - “sinto esta ansiedade muitas vezes e em situações muito diversas”
- Sintomas comuns:
  - tensão muscular
  - inquietação
  - hipervigilância

# Ansiedade

Fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de perturbações ansiedade:

- Predisposição genética
- Doenças físicas
- Experiências traumáticas
- Acontecimentos de vida (ansiedade de separação)
- Outros fatores (ex. privação parental)

# Ansiedade

## Tratamento



Meios psicológicos



Meios farmacológicos

- Antidepressivos
- Ansiolíticos – curtos períodos de tempo

## IMPORTANTE

- Ansiedade adaptativa **é diferente** de ansiedade patológica
- Existem sintomas **comuns** à ansiedade e depressão
- Existem **alternativas** ao tratamento farmacológico

## Dúvidas e questões

Muito Obrigada pela participação!

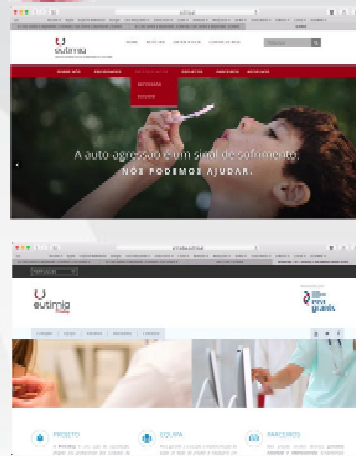
Até à próxima sessão!

## Visite os nossos sites

[www.eutimia.pt](http://www.eutimia.pt)

[www.eulutocontraadepressão.pt](http://www.eulutocontraadepressão.pt)

[www.primedep.eutimia.pt](http://www.primedep.eutimia.pt)





## Sessão 05 – Somatização

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho de casa – Registo diário para depressão e ansiedade
- Objetivos – o que esperamos?
- Definição – O que é?
- Sintomas
- Gestão da somatização
- Tratamento
- Dúvidas e questões

## Ansiedade

- Resumo da sessão anterior:
  - *Quais os temas falados na sessão anterior?*
  - *O que foi mais importante na sessão anterior?*

## IMPORTANTE

- Ansiedade adaptativa **é diferente** de ansiedade patológica
- Existem sintomas **comuns** à ansiedade e depressão
- Existem **alternativas** ao tratamento farmacológico



## Trabalho de casa

# Registo diário

# Somatização

## Objetivos – o que esperamos?

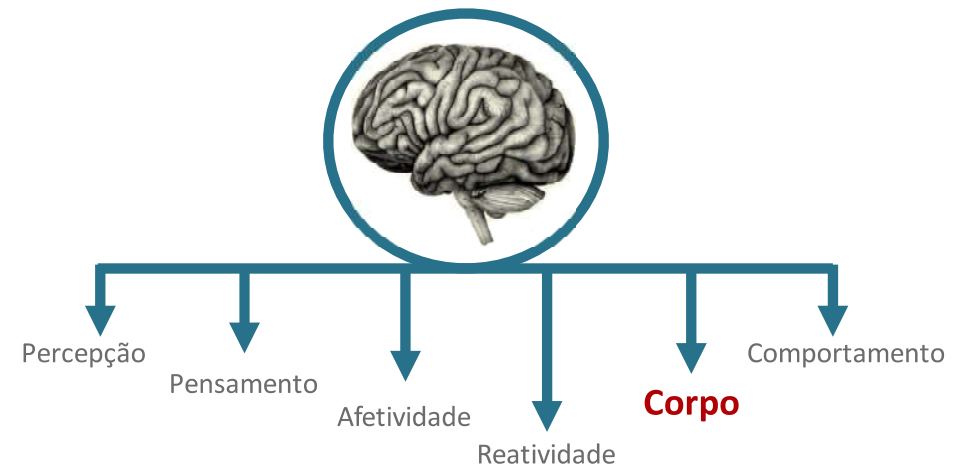
- Conhecer a definição de somatização;
- Conhecer os principais sintomas da perturbação de somatização;
- Perceber como pode ser feita a gestão dos sintomas;
- Compreender a necessidade da medicação no tratamento da perturbação de somatização.

# Somatização

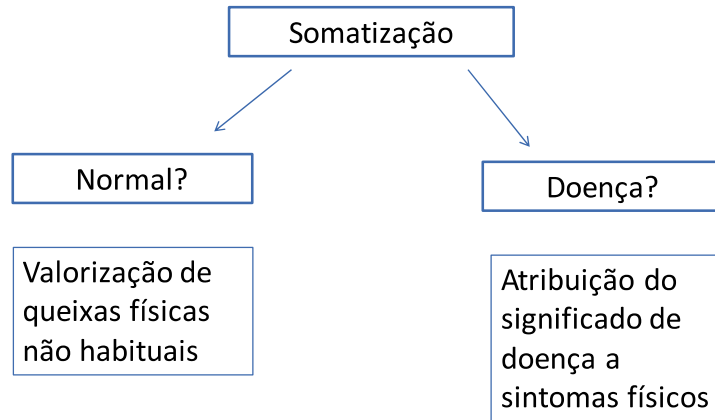
## Definição

- *DSM-IV-TR (2002)*:
  - Perturbação mental com vários sintomas que tem início antes dos 30 anos.
  - Evolui ao longo de vários anos.
  - Combinação de sintomas:
    - Gastrointestinais
    - Sexuais
    - Pseudoneurológicos
    - Dor

# Somatização



## Somatização



## Somatização

### Perturbação de somatização

- duração = menos de seis meses
- perturbações psiquiátricas com somatizações
  - Depressão
  - ansiedade
- Reações agudas de *stress*

## Somatização

### Sintomas

#### Sintomas de dor

- Cabeça
- Abdómen
- Dorso
- Articulações
- Extremidades
- Tórax
- Reto
- Durante a menstruação
- Durante a atividade sexual ou quando urina.

## Somatização

### Sintomas

#### Sintomas gastrointestinais

- Náuseas
- Distensão abdominal
- Vômitos
- Diarreia
- Intolerância aos alimentos

# Somatização

## Sintomas

### Sintomas sexuais ou reprodutores

- nas mulheres:
  - menstruações irregulares;
  - menorragias ou vômitos ao longo da gravidez.
- nos homens:
  - disfunção erétil ou ejaculatória

# Somatização

## Sintomas

### Sintomas neurológicos

- Incapacidade de coordenação ou equilíbrio
- Paralisia ou fraqueza localizada
- Dificuldade em deglutir ou nó na garganta
- Afonia
- Retenção urinária
- Alucinações
- Perda da sensibilidade tátil e à dor
- Cegueira
- Surdez ou convulsões

# Somatização

## Sintomas

### Sintomas cardiovasculares

- Falta de ar
- Dores no peito

# Somatização

## Fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da Perturbação de Somatização

- Maior sensibilidade para as alterações fisiológicas associadas com o *stress*, perturbações depressivas e perturbações de ansiedade;
- Predisposição biológica e psicológica;
- Experiências prévias.

## Somatização

### Fatores que podem contribuir para a manutenção da Perturbação de Somatização

- Comportamentos que fazem com que os sintomas e a incapacidade persistam (por exemplo, como ficar deitado na cama durante a maior parte do dia)

## Somatização

### Gestão dos sintomas

O utente **deve PEDIR** ao médico:

- Investigação – que faça os exames físicos e a investigação médica necessários.

O utente **deve ACEITAR** :

- A explicação do médico, mesmo que esta inclua um fatores sociais (reação ao *stress*), psicológicos (perturbação mental) e até fisiológicos. Aceitar a informação que é passada quando é assegurado que os sintomas são comuns e raramente associados a doenças físicas.

## Somatização

### Tratamento não farmacológico

- Intervenções psicoeducativas e terapia cognitivo-comportamental.
  - Programas focados na transmissão de informação e técnicas de relaxamento:
    - Reduzem preocupações físicas;
    - Reduzem preocupações com a doença;
    - Reduzem o uso de medicação.

## Somatização

### Tratamento Medicação



**Atenção:** Os ansiolíticos e analgésicos devem ser utilizados de forma sensata. Há tendência para desenvolver tolerância e/ou dependência.

## Somatização

### Tratamento Medicação

- Antidepressivos:
  - Indicados para perturbações depressivas e de ansiedade associadas a perturbação de somatização.
  - São eficazes em síndromas de dor crónica e sintomas físicos na depressão.

## IMPORTANTE

- A **somatização** é uma manifestação de uma perturbação do **cérebro**.
- Devem ser retomadas as **atividades** normais.
- O **tratamento** deve ser semelhante ao que se faz para perturbações **depressivas** e de **ansiedade**.

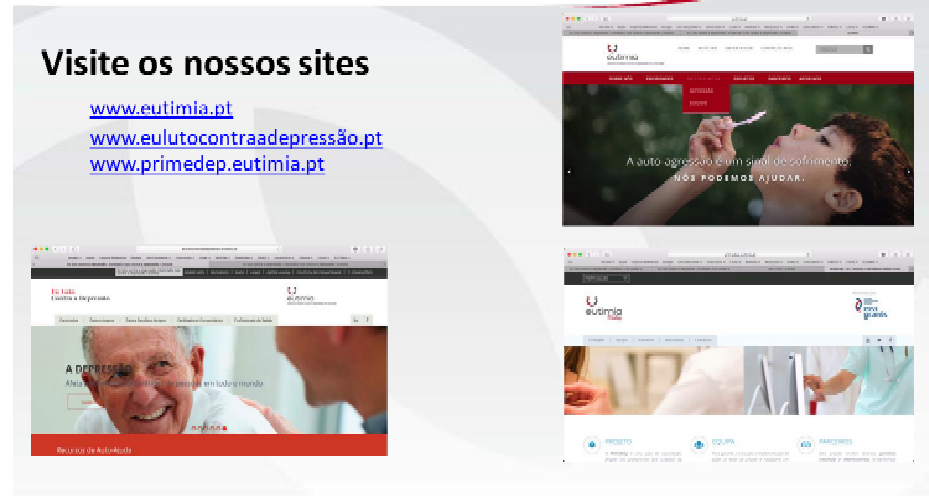
## Dúvidas e questões

Muito Obrigada pela participação!

Até à próxima sessão!

### Visite os nossos sites

[www.eutimia.pt](http://www.eutimia.pt)  
[www.eulutocontraadepressão.pt](http://www.eulutocontraadepressão.pt)  
[www.primedep.eutimia.pt](http://www.primedep.eutimia.pt)



Sessão 06 – Estratégias de autoajuda – autogestão da sintomatologia

## CURSO PSICOEDUCAÇÃO PARA DOENTES COM PATOLOGIA MENTAL COMUM



### Sessão 06 – Estratégias de autoajuda – autogestão da sintomatologia

- Resumo da sessão anterior
- Trabalho de casa: Registo diário para depressão e ansiedade
- Objetivos: o que esperamos?
- Dúvidas e questões

## Somatização

- Resumo da sessão anterior:
  - *Quais os temas falados na sessão anterior?*
  - *O que foi mais importante na sessão anterior?*

## IMPORTANTE

- A **somatização** é uma manifestação de uma perturbação do **cérebro**.
- Devem ser retomadas as **atividades** normais.
- O **tratamento** deve ser semelhante ao que se faz para perturbações **depressivas** e de **ansiedade**.



Trabalho de casa

## Registo diário

## Técnicas de autoajuda

Objetivos – o que esperamos?

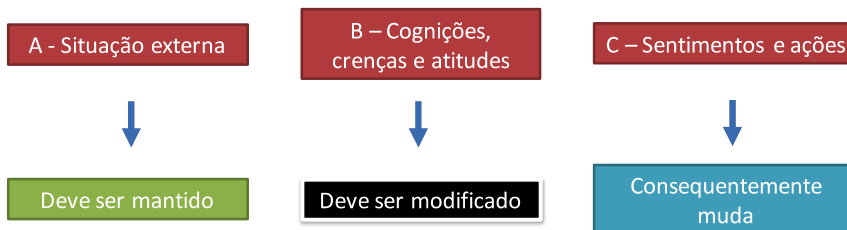
- Conhecer e aplicar diferentes estratégias de gestão dos sintomas da patologia mental comum.

## Fórmula ABC

**A** – situação externa

**B** – cognições/pensamentos, crenças e atitudes

**C** – sentimentos ou ações



## Fórmula ABC

### Exemplos

- A: João é repreendido pelo atraso na entrega do relatório
- B: A crítica é injusta
- C: Sente-se revoltado
  
- A: Mário sentiu uma dor no estômago
- B: Pensou que podia ser um cancro
- C: Teve um ataque de pânico

## Técnica de autoajuda na depressão

### • Agenda de atividades

#### – Objetivo:

- Neutralizar a perda de motivação, a inatividade e preocupação com ideias depressivas.

#### – Importa referir:

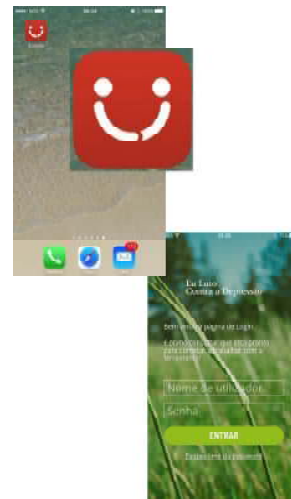
- Não realizar todos os planos não deverá ser motivo de insatisfação.
- É importante o tipo de atividade e não a frequência.
- Reservar algum tempo de cada noite para planear o dia seguinte.

	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.
8,00-9,00							
9,00-10,00							
10,00-11,00							
11,00-12,00							
12,00-13,00							
13,00-14,00							
14,00-15,00							
15,00-16,00							
16,00-17,00							
17,00-18,00							
18,00-19,00							
19,00-20,00							
20,00-21,00							
21,00-22,00							
22,00-23,00							
23,00-24,00							

## A app também tem organização de atividades

### Tem interesse em usar a Ferramenta?

1. Faça o download a partir de [www.eulutocontraadepressao.pt/ferramenta/](http://www.eulutocontraadepressao.pt/ferramenta/) ou na App Store ou Loja Android
2. Instale no seu smartphone ou tablet
3. Clique no ícone da app
4. Tem acesso imediato ao **Módulo 7: Sentir-se Melhor: Estilo de Vida Saudável**
5. Para desbloquear os outros Módulos precisa de prescrição do seu médico de família



## Técnica de autoajuda na ansiedade

### • Técnica de autoajuda na ansiedade

- Inicialmente só deve treinar o controlo respiratório em ambientes relaxantes e seguros.
- Quando se sentir preparado poderá começar a usar quando se sentir levemente ansioso/a.
- Quando se sentir seguro com a técnica poderá começar a aplicá-la em situações de ansiedade grave.

## Técnica de autoajuda na ansiedade

- Treino do controlo da respiração
  - Expire primeiro: esvazie completamente os pulmões.
  - Inspire e expire pelo nariz: diminui a frequência da respiração.
  - Respiração diafragmática: inspiração – expansão do abdómen; expiração – retração do abdómen.
  - Conte enquanto respira: inspiração (1,2,3,4,5); expiração (1,2,3,4,5,6).

## Técnica de autoajuda na ansiedade

- Contagem decrescente
  - Inicie a contagem no número 100 e comece por subtrair 3, ficando com 97 deverá subtrair novamente 3 e assim sucessivamente até chegar ao número 1.
  - Quando perceber que já memorizou a sequência deve reiniciar no número 100 e subtrair 7 até chegar ao número 1.
  - Sempre que deixe de sentir a necessidade de realizar a operação matemática para chegar ao número por já ter fixado a sequência deverá aumentar o nível de dificuldade.

## Técnica de autoajuda na ansiedade

- Descrição do contexto envolvente:
  - Sempre que começar a sentir-se ansioso, sem que o nível de ansiedade seja muito elevado, deverá descrever o meio envolvente.
  - A descrição deve ser minuciosa e ter em atenção o maior número de pormenores possíveis.
  - A descrição pode ser feita em voz alta para outra pessoa ou em voz baixa para si mesmo/a. Poderá ainda usar o telemóvel para simular uma conversa com alguém enquanto descreve o sítio onde se encontra.

## Dúvidas e questões

Muito obrigado pela vossa participação nos grupos de psicoeducação!

## Agradecimentos

Os materiais e conteúdos são da  
responsabilidade da EUTIMIA.

Nestas sessões de psicoeducação, foi muito  
relevante a colaboração de Stan Kutcher da  
**Dalhousie University** para a adaptação e  
inspiração dos materiais de  
[www.teenmentalhealth.org](http://www.teenmentalhealth.org).



