



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

GESTÃO EMOCIONAL PARA ALÍVIO DO SOFRIMENTO EM PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Irina Patrícia Rocha Cardoso

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

GESTÃO EMOCIONAL PARA ALÍVIO DO SOFRIMENTO EM PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Irina Patrícia Rocha Cardoso

Professor Orientador: Prof. Ana Melo

2015



“O que destrói o homem não é o sofrimento...
É o sofrimento sem sentido...”

Isabel Galriça Neto

AGRADECIMENTOS

Agradeço o momento em que tomei coragem para iniciar este caminho, contra todas as opiniões...

Aos meus utentes e famílias, que despertaram em mim a necessidade de fazer mais e melhor...

Aos docentes que tive o prazer de (re)encontrar e colegas que conheci... obrigada por estimularem a procura de novas aprendizagens...

Às minhas orientadoras dos locais de ensino clínico: por funcionarem como modelos pessoais e profissionais, capazes de olhar e cuidar verdadeiramente o outro. Inspiraram-me, apoiaram-me e permitiram o meu crescimento pessoal e profissional...

Ao professor José Falé e à professora Ana Melo pelo árduo trabalho de clarificação do percurso escolhido...

Ao meu namorado, pela perseverança, suporte, conforto e amor... em todos os momentos, sobretudo aqueles em que precisava de evasão e só ele sabia como o conseguir...

Por fim, mas não por último, aos meus pais... pelo colo, suporte emocional e logístico, paciência e estímulo... dedico-vos este meu caminho...

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

DGS - Direcção Geral de Saúde

DSM-IV- Diagnósticos de Saúde Mental

EADS-21- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 Itens

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EO- Enfermeira Orientadora

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

IARC- International Agency for Research on Cancer

IESSD- Inventário das experiências subjectivas de sofrimento na doença

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RESUMO

Este documento pretende apresentar o resultado do ensino clínico realizado no âmbito da aquisição de competências de EEESMP. Para além da necessidade de aquisição destas competências, pretendeu-se dar resposta a uma inquietação sentida na prestação de cuidados: que intervenções de enfermagem se podem desenvolver de forma a reduzir o sofrimento e otimizar a saúde mental? O primeiro passo foi assumir o sofrimento como foco de intervenção de enfermagem e traçar a partir daí um caminho para melhor compreensão e intervenção nesta área. Foi realizado ensino clínico na área de enfermagem de ligação (nomeadamente no serviço de cardiologia e unidade da Dor), de forma a compreender a importância de complementaridade dos serviços de “doenças físicas” com a intervenção do EEESMP. Em seguida, foi implementado o projecto previamente delineado na área da oncologia médica, pela importância da gestão emocional para alívio do sofrimento em pessoas com doença oncológica. Foi então implementado o IESSD, de forma a melhor compreender o sofrimento destas pessoas e direccionar a intervenção.

A intervenção, individual e em grupo, foi centrada no desenvolvimento da relação de ajuda, mobilizando os recursos individuais, no sentido do *empowerment*. Aqui, numa abordagem de inspiração Rogeriana, o enfoque foi na gestão emocional da pessoa que vivencia este momento de crise, ajudando a expressar, clarificar e (re)significar as emoções e sentimentos, de forma a gerir e reduzir as emoções “tóxicas” (como apelida Goleman, 2006), associadas a este sofrimento. Reflecte-se assim, ao longo de todo este percurso, na pertinência irrevogável do acompanhamento da pessoa que sofre pelo EEESMP. O Modelo teórico adoptado foi a filosofia do cuidado transpessoal de Jean Watson que serve de guia e inspiração ao longo de todo o percurso.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde mental, Enfermagem de Ligação, Sofrimento, Doença Oncológica.

ABSTRACT

This document aims to present the results of the clinical training that was performed to acquire Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing skills. In addition to the need to develop these skills, we intended to meet a felt of uneasiness in nursing care. The question underneath was the following: which nursing interventions can be done to minimize the suffering and optimize mental health? The first step was to take "suffering" as a focus of nursing intervention and draw from there a path to better understand and intervene in this area. The clinical training was performed in areas with Consultation–liaison nursing (namely in the Cardiology Ward and Pain Unit), in order to understand how important it is to link and complement areas of "physical illness" with the intervention of a Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing. Afterwards, the project designed before, regarding the Medical Oncology area was implemented, due to the need of emotional management to relieve suffering in people with oncological diseases. IESSD was implemented in order to better understand the suffering of these people and to guide the nursing therapeutic intervention.

Group and individual interventions were centered in the development of "helping relationship", through gathering of individual resources, so that the end result would be the empowerment. In this context, through an approach with Rogerian inspiration, the focus was the emotional management of the person who lives that moment of crisis, and helping to express, to clarify and (re)define (meaning to) its emotions and feelings, so that "toxic emotions" (Goleman, 2006) are diminished and managed in an appropriate way. This document intends to be a clear example of the irrevocable need to monitor the person suffering by the Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing. The theoretical model applied was the philosophy of transpersonal care of Jean Watson which guided and gave inspiration through all the path.

Keywords: Mental Health Nursing, Consultation–liaison nursing, Suffering, Oncology Disease.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO	11
1- CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA.....	13
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1- A subjectividade da doença: Momento de crise e impacto na saúde mental.....	15
2.3- O sofrimento como foco de intervenção do Enfermeiro	20
2.4- A Filosofia do cuidado transpessoal de Jean Watson na abordagem do sofrimento	21
2.5- Intervenções do EEESMP no alívio do sofrimento.....	23
3- ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, PROCESSOS DE TRABALHO UTILIZADOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	30
3.1- Ensino clínico em contexto hospitalar- Serviço de Internamento de Psiquiatria	30
3.2- Ensino clínico em contexto comunitário - Hospital de dia Médico de Oncologia.....	36
4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	46
4.1- Metodologia	47
4.2- Análise dos dados dos indivíduos em tratamento paliativo	48
4.3- Análise dos dados referentes aos indivíduos em tratamento curativo	49
4.4- Discussão dos resultados	51
4.5- Pertinência dos dados para as intervenções de enfermagem no alívio do sofrimento	53
5- QUESTÕES ÉTICAS.....	54
6- LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS	56
7- CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXOS 67

Anexo 1- Escala EADS-21

Anexo 2- Reflexão acerca dos sentimentos despertados na interacção com pessoas em sofrimento pela experiência de doença mental

Anexo 3- Exemplo de Planeamento de uma Intervenção de Âmbito psicoterapêutico

Anexo 4- Reflexão acerca da interacção com o Sr. R. no âmbito da consulta de ajuda

Anexo 5- Reflexão acerca da primeira intervenção em grupo

Anexo 6- Reflexão acerca do impacto pessoal da área da oncologia

Anexo 7- Reflexão acerca da interacção com a I. e a D. R.

Anexo 8- Inventário das experiências subjectivas de sofrimento na doença (IESSD)

Anexo 9- Reflexão acerca da intervenção com uma utente em tratamento paliativo

Anexo 10- Autorização para a aplicação do IESSD pelo autor

Anexo 11- Gráficos demonstrativos do resultado da aplicação do IESSD

Anexo 12- Autorização da comissão de Ética para a realização do estudo

Anexo 13- Proposta de consentimento informado

Anexo 14- Cronograma de Actividades

Anexo 15- Esquema da correspondência entre objectivos, actividades e competências do EEESMP

Anexo 16- Projecto do grupo de Suporte da Unidade da Dor

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1- Dimensões do sofrimento em indivíduos em tratamento paliativo...48

Gráfico 2- Tipos de sofrimento por indivíduo em tratamento paliativo.....49

Gráfico 3- Dimensões do sofrimento em indivíduos em tratamento curativo.....50

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “Gestão emocional para alívio do sofrimento em pessoas com doença oncológica”, reflecte o caminho percorrido na busca de respostas às inquietações encontradas na prestação dos cuidados. Este documento tem como objectivo descrever e analisar um percurso pessoal e profissional evolutivo, guiado pela aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMP.

Numa visão promotora da saúde mental, que acompanha o preconizado pelas entidades de saúde (DGS, OMS) as orientações assumem cada vez mais um rumo preventivo. A promoção da saúde mental deve ser um investimento a longo prazo e devem ser implementados programas estruturados de informação e educação, focados no desenvolvimento de competências como resiliência, inteligência emocional e funcionamento psicossocial (OMS, 2005)¹. Também no Livro Verde da Comissão das Comunidades Europeias (2005), se pode ler que integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados gerais prestados em meio hospitalar pode reduzir significativamente os períodos de internamento e os custos.

Ao prestar cuidados num serviço de Neurocirurgia, foi sentida a necessidade de dar respostas mais eficazes no “aqui e agora”, que permitissem vivenciar este momento de crise da forma mais saudável e adaptada possível. Para percorrer este caminho, foi realizado ensino clínico em duas áreas distintas. A primeira, em contexto hospitalar, no serviço de internamento de psiquiatria. Este local foi seleccionado pela oportunidade de acompanhar a EEESMP não só na prestação de cuidados à pessoa com doença mental, mas também no desenvolvimento de intervenções do âmbito da enfermagem de ligação. Para este local, foram traçados como objectivos: 1. Desenvolver o autoconhecimento, fruto do estabelecimento de relações de ajuda com pessoas em sofrimento; 2. Adquirir competências para estabelecimento de uma relação de ajuda; 3. Perceber o impacto psicológico da doença física a nível da estrutura psicossocial da pessoa. Apesar de não estar inicialmente planeado, surgiu a oportunidade, no âmbito da enfermagem de ligação realizada na unidade da dor, de intervir em específico em pessoas com dor crónica, pelo que se realizou um pequeno projecto- Projecto do grupo de Suporte da Unidade da Dor, que virá explanado em anexo. No segundo contexto, a nível comunitário, o

¹ Conferência Europeia de saúde mental “Facing the challenges, Building solutions” (OMS, 2005).

trabalho realizado pela EEESMP com pessoas com doença oncológica, motivou a escolha do Hospital de Dia de Oncologia Médica. Aqui traçaram-se como objectivos: 1. Desenvolver competências de relação de ajuda para alívio do sofrimento em pessoas com doença oncológica; 2. Desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico com vista à diminuição do sofrimento de pessoas com doença oncológica.

O foco de intervenção seleccionado que serviu como fio condutor ao longo de toda esta intervenção foi o sofrimento. Para melhor o compreender, foi aplicado no contexto comunitário o IESSD de Gameiro (1999). Os resultados, apesar de não serem estatisticamente significativos, foram úteis para orientar a intervenção de acordo com as necessidades. A intervenção direccionou-se para a realização de consultas de enfermagem, estruturadas tendo em vista o estabelecimento da relação de ajuda e intervenção em grupo.

O objectivo seria a transição de um estado considerado entre o iniciado avançado e o competente (Benner, 2001) na gestão emocional da crise e do sofrimento para um estado entre o proficiente e o perito. Fundamentada numa intervenção de carácter existencial-humanista, esta aprendizagem sustentou-se igualmente na evidência científica. Enquadrada pela filosofia do cuidar transpessoal de Jean Watson, vão sendo mobilizados os seus contributos orientadores ao longo de toda a intervenção. As reflexões em conjunto com as supervisoras (EEESMP) tiveram um papel preponderante nesta aprendizagem, tendo esta supervisão sido um pilar fundamental para uma prática avançada. O caminho percorrido encontra-se espelhado neste documento, dando conta do desenvolvimento destas competências, das reflexões e aprendizagens mais significativas, dos obstáculos no caminho e, sobretudo, do crescimento pessoal e profissional realizado.

Assim, neste documento encontrar-se-á a Contextualização da problemática estudada; Enquadramento teórico; Actividades desenvolvidas, processos de trabalho utilizados e competências desenvolvidas; Análise e discussão dos resultados; Questões éticas; Limitações e Conclusão.

1- CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

Contactar diariamente com doentes neuro-oncológicos e com as suas famílias permitiu perceber múltiplas vertentes do sofrimento. De acordo com Gardner (1992) estas pessoas vivenciam diferentes estádios e fases: 1- o choque (ou fase aguda) que começa no diagnóstico e é percebida pelo indivíduo como uma ameaça (o autor refere-se a estudos que mostram que entre 25% a 50% das pessoas sofrem de distúrbios de ansiedade e depressão) e pela família com medo da perda do ente querido; 2- a fase crónica (tratamento e hospitalização) e a 3- fase de resolução (referente a readaptação ao meio). A angústia do imprevisível, a sintomatologia física (a nível da dor e da perda de capacidades funcionais), a reformulação de projectos de vida, a reestruturação dos papéis familiares e sociais, entre outros, causam um sofrimento psicológico e existencial por vezes difícil de compreender e, pela sua complexidade, difícil de ser abordado pelos profissionais de saúde. Esta dificuldade na abordagem está relacionada com as questões do próprio “eu” do profissional (quando deparados com os seus próprios limites existenciais) e com a abordagem específica a estas pessoas e famílias.

O sofrimento da pessoa com doença neuro-oncológica é associado por Pereiras e Sanchez (2007) a sentimentos como abandono, negligência de si mesmo, indiferença apática, culpabilização (própria ou dos outros), confusão, cólera, auto-estima, auto-compaixão, dor, medo, desespero e falta de força. Sabemos, tal como diz Mahoney (1991) citado por Landeiro (2011), que as emoções negativas vivenciadas na doença oncológica (medo, tristeza, raiva, etc.) acrescentam sofrimento à experiência da doença: afectam o início e progressão da doença, a procura de cuidados e a interpretação dos sintomas, podendo interferir na causa e nas consequências da doença. Também Goleman (2006) apelida de “tóxicas” emoções como medo, tristeza que conduzem a estados de *stress*, depressão, desconfiança e pessimismo. O autor destaca os vários estudos realizados no caso específico das doenças cardíacas, imunológicas e gastrointestinais, em que a ansiedade é já reconhecida pela comunidade científica como factor de risco. Pode ler-se ainda que o acompanhamento psicológico para a gestão destas emoções durante o tratamento médico, está comprovado trazer benefícios não só na vivência mais saudável desta situação de crise, mas também na recuperação e reabilitação

física. É então importante desenvolver competências para ajudar na gestão emocional e, conseqüentemente, para aliviar o sofrimento. No caso da doença neuro-oncológica, o papel do enfermeiro no alívio do sofrimento da pessoa com doença é para Pereiras e Sanchez (2007), reconhecer a presença do sofrimento, ajudar a desenvolver a actividade física, aliviar a sensação de se “ser um fardo”, ajudar a pessoa a ter sensação de controlo, readequar a esperança e satisfazer as necessidades espirituais. Dada a especificidade da doença neuro-oncológica, optou-se por estudar e intervir a nível do sofrimento na doença oncológica em geral.

Ao longo deste percurso, a procura às respostas já referidas, encontrou a sua âncora na intervenção na crise provocada pela doença (e nas múltiplas formas de olhar esta crise- como oportunidade, perda, desafio ou valor) e na abordagem baseada no estabelecimento de uma relação de ajuda com os seus alicerces no modelo existencial humanista. Acreditar, tal como Rogers (2004) que a pessoa é capaz de evoluir na actualização mobilizando os seus recursos e que o enfermeiro funciona como elemento facilitador, conduziu à intenção de desenvolvimento de competências neste âmbito. Assim, nasce a questão de partida: **Que intervenções de enfermagem se podem desenvolver para facilitar a gestão emocional e aliviar o sofrimento em pessoas com doença oncológica?**

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1- A subjectividade da doença: Momento de crise e impacto na saúde mental

Cada vez mais a Saúde Mental é vista como essencial ao bem-estar geral das pessoas, sociedades e países, na qual se deve investir sobretudo a nível da prevenção primária e terciária, como foca o documento da OMS (Relatório Mundial de Saúde, 2002). Olhando a saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva (...) e contribuir para a comunidade em que se insere” p.4 (Comissão das Comunidades Europeias, 2005), é perceptível a necessidade de actuar nos factores que interferem com esta capacidade de realização e funcionamento produtivo. Pode ainda ler-se que a condição mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de factores; biológicos, individuais, familiares, sociais e económicos e ambientais, e que saúde mental e saúde física estão intimamente relacionadas. É então importante actuar a nível dos factores não genéticos. A noção de “*stress* normal da vida” é também introduzida pelo supra citado documento, permitindo deduzir que sempre que existe uma situação de crise, que não seja conhecida e resolvida com os padrões de resposta habitual do indivíduo, este é obrigado a mobilizar novos recursos internos, com criatividade, para se reajustar e adaptar.

Ribeiro *et al* (1995) adoptam a expressão “estar doente”, reforçando a ideia de doença enquanto crise, por se apresentar ao indivíduo de forma tão diferente ou grave, que as suas respostas habituais são insuficientes ou ineficazes. Esta vivência exige assim alterações dos padrões de funcionamento pessoais e sociais, mobilização e ensaio de novas estratégias de coping. Assim, a doença pode ser olhada como um momento de crise, com elementos perturbadores e destruturantes. No entanto existem também factores protectores da saúde mental da pessoa e família, que é importante reconhecer, mobilizar e integrar. É aqui que a intervenção do EEESMP deve centrar-se e diferenciar-se, pelo conhecimento único da pessoa/família e dos seus recursos para vivenciar da forma mais saudável possível este momento de crise. Como refere Jean Watson (2002), todo o cuidado está relacionado com respostas humanas subjectivas às condições de saúde-doença,

com as interações ambiente-pessoa, com o conhecimento do processo de cuidar e com autoconhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar. Também assim está contemplado no documento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais preconizadas pela OE (2004) e mais especificamente, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (OE, 2010), na 2ª competência direccionada para a assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental, nomeadamente na avaliação de factores promotores e protectores do bem-estar, por exemplo, em situação de crise (seja ela de que ordem for). Este aspecto faz particular sentido na problemática já anteriormente descrita, permitindo abordar a doença física como indissociável da (saúde) mental.

2.2- A experiência da pessoa com doença oncológica

A doença, pelo seu carácter de imprevisibilidade, confronta o indivíduo com a incerteza e insegurança do desfecho (Ribeiro e col, 1995, Gameiro, 1999, Joyce-Moniz e Barros, 2005, Nail, 2001). A imprevisibilidade da doença implica uma reflexão profunda, que reestrutura valores e princípios (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

A doença oncológica é, sem dúvida, bastante prevalente na actualidade e acarreta uma representação de elevada componente simbólica, apresentando uma elevada carga emocional e social. É conotada como uma patologia fatal, sinónimo de morte, sofrimento, medo, desespero, incapacidade, alteração da integridade física e psicológica. Condiciona grande impacto na qualidade de vida, não só pela sua gravidade, como pelos efeitos dos tratamentos (Pereira, 2008). Constitui um importante problema de saúde em todo o mundo, com elevadas taxas de incidência, prevalência e mortalidade e constituindo a segunda causa de morte comum nos países desenvolvidos (OMS, 2002). Em Portugal, cerca de 43300 novos casos de cancro surgiram nesse mesmo ano, sendo o mesmo responsável por 24300 óbitos (IARC, 2010). Como referem Raminhos (2003) e Matos (2010), o diagnóstico de uma doença grave, como no caso da doença oncológica, surge como um acontecimento de vida que vai implicar a gestão de um turbilhão de emoções e mobilização recursos e capacidades do indivíduo para o enfrentar. A pessoa encara este diagnóstico como uma ameaça geradora de *stress*. As ameaças percebidas pela

pessoa variam e focam-se, segundo Gameiro (1999), nos danos físicos (dor, alteração da imagem, incapacidade funcional), na incerteza e insegurança face ao desenrolar da situação, na carga emocional, na separação dos familiares, na alteração de papéis e estatutos sociais e no medo da dependência económica e da necessidade de internamento (adaptação a uma dinâmica diferente e limitação da privacidade). Lazarus e Folkman (1984) explicam que o *stress* ocorre quando o indivíduo percebe esta ameaça para a qual não tem recursos suficientes, necessitando de mobilizar novos recursos.

Em doenças graves como a oncologia, existem vários *stressors* que precisam de ser claramente identificados: a revelação do diagnóstico a outras pessoas, os procedimentos médicos invasivos, efeitos colaterais dos tratamentos, ver o sofrimento de outras pessoas, a sintomatologia da doença, o medo da morte, alteração da auto-imagem e autoconceito e a perda de emprego, entre outros. Estes *stressors* geram como já foi referido “um turbilhão de emoções”.

2.2.1- Reacções emocionais da pessoa com doença oncológica

Ao confrontar-se com a doença, a pessoa pode experimentar um sem número de emoções, mais ou menos intensas ou persistentes, melhor ou pior compreendidas por si próprio e pelos outros (Ribeiro e col. (1995), Gameiro (1999), Sá (2001), Raminho (2003), Joyce-Moniz e Barros (2005), Sá, Werlang e Paranhos (2008), Landeiro (2011)). Goleman (1996), definiu emoção “referindo-se a um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos e o leque de propensões para a acção” p.310. As emoções têm uma função adaptativa, similar aos reflexos e unidades fisiológicas, que evoluiu para nos ajudar a responder às exigências ambientais (Smith e Lazarus citados por Phelps, Bennett e Brain (2008)).

As emoções mais evidenciadas pela literatura são raiva, revolta, cólera e medo (da mutilação, da culpa, do castigo, da dor), bem como sentimentos de tristeza, conduzindo estes, muitas vezes, a estados significativos de negação, ansiedade e depressão (Gameiro (1999), Ribeiro e col (1995), Raminho (2003), Sá (2001), Joyce-Moniz e Barros (2005), Landeiro (2011)). Estas reacções emocionais variam consoante a forma como as pessoas encaram a doença, decorrendo daí atitudes como a hipervalorização, passividade ou indiferença e assertividade. As reacções emocionais pressupõem um confronto intrapsíquico, mediado por vários

factores (Santos, 1995) relacionados com: a doença (tipo, estadio, sintomas, tipo de tratamento, opções de reabilitação); o indivíduo (idade, experiências, modos de reagir anteriores, mecanismos de defesa utilizados, crenças e valores); o contexto sociocultural e o significado da crise em termos de ciclo de vida. No que diz respeito ao factor “indivíduo”, é importante referir que estas reacções são condicionadas pela fase da vida em que a pessoa se encontra e agravadas perante algum processo de transição (casamento, reforma, etc) intensificando-as (Otto citado por Raminho, 2003). Também Pais Ribeiro e Leal (1996) salientam ainda que as consequências psicológicas do diagnóstico e da evolução da doença podem ainda ser influenciadas pelo tipo de cancro (condiciona a expectativa de sobrevivência e o próprio tratamento em si), as alterações da imagem corporal e pelas próprias características da personalidade.

Em termos de necessidade de adaptação e reorganização psicológicas, Parkinson (1986) citado por Gameiro (1999), considera existirem várias fases: uma primeira, de choque e descrença, onde o impacto desintegrador do “eu” provoca uma reacção imediata tipo visceral, com sintomas gástricos, respiratórios e mal-estar somático. Incredibilidade, surpresa e não-aceitação da realidade são visíveis. Uma segunda fase, a consciencialização, dominada no início por sentimentos de incompreensão e injustiça, onde existem reacções emocionais como o choro, a raiva, etc. A última fase, restabelecimento, é possível através da aceitação de uma nova realidade, onde a promoção de esperança e o sentido de continuidade são fundamentais. A experiência de dor e sofrimento é transformada e o indivíduo encontra um novo significado para a experiência.

2.2.2- As estratégias de *coping* para lidar com a doença

Cada indivíduo utiliza os recursos internos ou externos que tem ao seu dispor para tentar gerir esta situação de crise. Não há estratégias correctas ou erradas e por vezes a combinação de várias permite uma resposta mais adequada. Para Lazarus e Folkman (1984), as estratégias de coping são aquilo que o indivíduo faz para influenciar os seus *outcomes* (como humor, comportamento, relações sociais, etc). Para Pais-Ribeiro (2009) são os esforços para controlar, reduzir, ou tolerar as

exigências criadas pelo *stress*. Este autor distingue as estratégias de coping em três categorias: uma mais inconsciente e menos adaptativa (os mecanismos de defesa-negação da realidade, limitação da consciência, racionalização e regressão); outra que assume um sentido próximo do anterior, consciente mas automática (estilos de adaptação ou de coping); e as estratégias de coping (o que o indivíduo faz depois de avaliar a situação, escolhendo uma forma de agir para enfrentar o problema). São exemplos destas estratégias de coping: o autocontrolo, suporte social, fuga/evitamento, resolução planeada do problema, reavaliação positiva, assumir a responsabilidade, confrontação e distanciamento, entre outras. A utilização de umas em detrimento de outras, depende da situação, do contexto e sobretudo das características psicológicas do indivíduo.

Ribeiro *et al.* (1995) destacam a importância da realização de cinco tarefas para que se possam desenvolver as estratégias de coping adequadas: ser capaz de definir e compreender o significado pessoal da situação, confrontar a realidade e corresponder às exigências do momento; garantir o suporte familiar, de amigos ou outro que ajude na resolução da crise; manter um balanço emocional razoável e preservar uma auto-imagem satisfatória (mantendo um sentido de competência e controlo sobre a situação). O papel do enfermeiro será então apoiar as estratégias encontradas pelo indivíduo desde que não sejam prejudiciais para ele nem para os outros. “A maneira como reagir emocionalmente terá amplas consequências no grau de esforço que fará para conseguir uma maior funcionalidade física e social” (Goleman, 2006, p. 231). É importante para este autor (2000), “separar as águas”, ou seja, para aumentar a competência emocional é importante situar-se a meio caminho entre a cabeça e o coração. A competência emocional é então definida como “uma capacidade aprendida, baseada na inteligência emocional, que resulta num desempenho extraordinário (...)” (Goleman, 2000). Também Koffman *et al* (2012), referem que a estratégia de coping direccionada para a regulação da emoção é adequada para gerir a condição de ansiedade que a pessoa pode vivenciar na doença oncológica.

Existem variadas formas de avaliar o impacto da doença oncológica na pessoa e família, sendo exemplos a escala de Ajustamento Mental ao Cancro (Baltar, Pais-Ribeiro, Torres, Lopes, & Lourenço, 2001), qualidade de vida (Vaz-Serra *et al*, 2006) e de sofrimento (IESSD, Gameiro, 1999). Foi seleccionada a

utilização da escala IESSD pela importância que atribui à subjectividade da experiência do sofrimento, permitindo uma intervenção mais específica do enfermeiro.

2.3- O sofrimento como foco de intervenção do Enfermeiro

O sofrimento, pela sua subjectividade, múltiplas formas de se apresentar e pelo seu carácter avassalador (Gameiro, 1999), deve ser assumido como foco de intervenção de enfermagem. Sabe-se que a doença é uma fonte de sofrimento, senão a mais comum, como refere Serrão (1995), uma vez que se constitui sempre como uma fonte de ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa. Impõe o afastamento dos objectos de amor, lembra a pessoa dos seus limites e da sua fragilidade enquanto ser finito no mundo. Ao lidar com o sofrimento do outro confrontamo-nos com as nossas próprias emoções e limitações existenciais. Como refere Gameiro (1999):

ao descobirmos o sofrimento e admiti-lo como foco de cuidados (...) a auto-referência à nossa condição humana de sofredores é inevitável. A abordagem de ajuda tem de passar necessariamente por um envolvimento relacional exigente, para o qual é comum não nos sentirmos profissionalmente (nem humanamente) preparados (p.22).

Esta questão prova a necessidade do investimento na auto-análise e autoconhecimento, como será abordado mais adiante. O sofrimento é também definido por Wright (2005), como angústia, dor ou aflição física, emocional e espiritual e, citando o International Council of Nurses (2011, p.76), como uma “emoção negativa: sentimentos prolongados de grande pena, associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos como a dor, desconforto ou lesão, *stress* psicológico crónico, má reputação ou injustiça”.

Perante a existência do sofrimento físico e psicológico, é compreensível que pessoas que vivenciam uma doença crónica grave expressem níveis altos de ansiedade e depressão. A perda pode ser simbólica, real ou fantasiada, mas o sofrimento inerente é real (Barbosa, 2006). O importante é valorizar a experiência subjectiva do outro, como recomenda Watson (2002). Expressar de forma adequada as emoções inerentes à vivência deste sofrimento pode não influenciar o curso da doença mas influencia seguramente a adequada evolução existencial da pessoa, como referem Joyce-Moniz e Barros (2005). Deve então existir um esforço de

comunicação para aceder à experiência de sofrimento da pessoa, numa atitude empática que quebrará a tendência para o abandono e isolamento (Gameiro, 1999).

O foco da abordagem centrar-se-á então na gestão emocional, promovendo a consciencialização do problema, mobilizando os recursos da pessoa com vista ao alívio do sofrimento.

2.4- A Filosofia do cuidado transpessoal de Jean Watson na abordagem do sofrimento

Como tem vindo a ser referido, Jean Watson (2002) olha para a enfermagem com uma orientação “fenomenológico-existencial e espiritual” p.3. Preconiza a mudança das lentes da ciência de enfermagem, objectivando a sua própria descrição e os seus próprios fenómenos. Indo ao seu encontro, nenhuma ciência poderá abordar melhor a temática do sofrimento, pois esta “exige um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano” (p.52) e orienta-nos assim para a dimensão do cuidado transpessoal:

uma relação intersubjectiva de pessoa para pessoa, que inclua dois indivíduos num dado momento, mas transcende simultaneamente os dois, ligando outras dimensões de ser e uma consciência mais profunda/ mais elevada que dê acesso ao campo fenomenológico e planos de sabedoria interior: o reino do espírito humano. Watson (2002) p.114

Watson (2002) encara o indivíduo como um todo, “a mente é inseparável do corpo” p. 51 e vê a saúde como um processo onde o enfermeiro e a pessoa são co-participantes. A doença é vista então como uma “desarmonia entre mente, corpo e alma” p.100, numa tríade mal-estar – sofrimento interior – doença. Esta desarmonia faz particular sentido na abordagem da crise gerada pela doença: “o *stress* tem sido relacionado tanto com a doença física como com a doença mental (...) o *stress* não aliviado pode levar à hipertensão, doença coronária, enxaqueca (...) e mesmo cancro”. P.52. Assim,

acompanhando o aumento da consciência de dos problemas relacionados com o *stress* e com a saúde, cresce rapidamente um corpo de conhecimentos e habilidades associadas ao lidar com o *stress*, mecanismos de *coping* e estratégias de redução de *stress*. Todas estas áreas não médicas estão a ser incorporadas no papel do enfermeiro. Watson (2002) p.53.

Watson impulsiona-nos para abordar o sofrimento através da gestão emocional. “O cuidar transpessoal não permite apenas a libertação das emoções(...) mas promove a congruência entre a percepção e a experiência da pessoa” p.124. Nesta relação, o eu e o outro tocam-se no campo fenomenológico e o enfermeiro é capaz de detectar a condição do ser da outra pessoa e senti-la em si. Ao senti-la (na empatia) dá uma resposta que o ser cuidado que o leva à libertação de sentimentos subjectivos e pensamentos há muito por libertar. Nasce assim um fluxo intersubjectivo entre o enfermeiro e o utente, que permite que estes sentimentos menos positivos sejam substituídos por outros mais harmoniosos e direccionados para o bem-estar

Para este cuidado, o enfermeiro precisa de usar a “totalidade do seu eu”. Numa interação tão estreita e pessoal, convém clarificar algumas premissas deste envolvimento. Contrariamente ao que algumas correntes referem como sendo o envolvimento pessoal algo não profissional, o envolvimento do enfermeiro é necessário, utilizando todas as suas dimensões, mas com diferenças importantes a nível do enfoque, intensidade e perspectiva. No cuidado transpessoal, o enfoque do envolvimento pessoal do enfermeiro é dirigido para o problema do utente e o impacto na vida deste. Os sentimentos do enfermeiro surgem como parte de ser dentro da relação (no sentido de sintonizar com o outro), mas o enfermeiro nunca depende daquilo que recebe do utente para manter o envolvimento. A intensidade dos sentimentos do outro podem ser sentidas pelo enfermeiro, mas servem para produzir o processo reflexivo, necessário para ajudar o outro. A perspectiva diferencia o enfermeiro do outro, sendo que o enfermeiro está envolvido externamente, pois quem é o utente quem “sente a dor de dentro e sabe que é o seu corpo, a sua mente e a alma que estão afectados” (p.115). Assim, nesta perspectiva o sofrimento do outro deverá ser olhado com profundo respeito e avaliado na sua subjectividade, de forma a planear os cuidados que dêem resposta específica às necessidades daquele ser humano.

Para intervir a nível do sofrimento do outro, a evocação dos dez factores do cuidar de Watson são deveras importantes: o sistema de valores humanísticos-altruístas; a inclusão da Fé/ Esperança; a sensibilidade para consigo e com os outros; a relação de cuidar baseada na ajuda e confiança; a expressão de sentimentos positivos e negativos; o processo de cuidar criativo na resolução de

problemas; o ensinar - aprender transpessoal; o ambiente sustentador, protector, e/ou correctivo mental, físico, social e espiritual; a assistência às necessidades humanas; e as forças existenciais-fenomenológicas-espirituais. Estes factores são pressupostos por um conhecimento base e competência clínica, enquadrados numa intenção específica e balizados por valores e compromisso moral.

2.5- Intervenções do EEESMP no alívio do sofrimento

Assumindo a mente como inseparável do corpo (Watson, 2002), surge a preocupação pela abordagem da doença do ponto de vista da Saúde Mental. A prática da Enfermagem de Ligação é desenvolvida por EEESMP que podem actuar nos papéis de consultor, terapeuta, formador ou investigador nesta área (Carvalho, 2010).

Como refere Watt (2010) citando Arolt and Driessen (1996) *et al*, os distúrbios psiquiátricos ocorrem como co-morbilidade em cerca de 30 a 50% dos doentes (com diagnóstico médico primário). O mesmo autor afirma que a enfermagem de ligação pretende dar resposta ao défice de conhecimento e competência dos enfermeiros dos serviços para cuidar destes doentes. São os enfermeiros que prestam a maior parte dos cuidados directos e indirectos, encontrando-se portanto numa posição privilegiada para reconhecer os problemas de saúde mental e fazer a ligação com a equipa especializada, antes que estes tomem maiores proporções. Também Sharrock *et al*. (2006) afirmam que os enfermeiros, particularmente aqueles que trabalham em serviços não psiquiátricos, relatam que não se sentem devidamente preparados (falta de conhecimento, competência e confiança) para atender as necessidades de saúde mental dos doentes, dando prioridade às necessidades físicas e às tarefas “rotineiras”.

Sharrock *et al* (2006), descrevem os principais distúrbios de comportamento identificados nos doentes referenciados ao enfermeiro de ligação: agitação, agressividade, exigência, desconfiança, fuga, suicídio, automutilação, manipulação, lentificação psicomotora e comportamento sexual não apropriado, entre outros. As autoras supracitadas propõem ainda um modelo de psiquiatria de ligação, já previamente falado por Robert's (2002), que inclui os três focos essenciais: o **staff** (a nível do suporte, acompanhamento na elaboração do plano de cuidados e nas competências para o cuidar directo, bem como a avaliação); o **doente** (nas

intervenções directas de avaliação e acompanhamento) e na **organização** (no desenvolvimento de políticas de saúde que permitam a intervenção sistemática).

Assim, cabe ao EESMP fazer uma avaliação pormenorizada da pessoa e do seu contexto de forma a minimizar o impacto desta vivência na saúde mental da pessoa, priorizando a prevenção da doença.

2.5.1 - A intervenção baseada na relação de ajuda

Toda a abordagem desenvolvida tem por base a orientação existência-humanista Rogeriana, onde o objectivo é facilitar na pessoa um autoconhecimento e uma autonomia psicológica suficiente para que ele possa assumir livremente a sua existência. Para tal é importante acreditar no outro, na sua tendência actualizante para crescer, desenvolver-se e realizar as suas potencialidades (Rogers, 2004). Os princípios baseiam-se na força motivadora e na tendência actualizante da pessoa, na directiva para a autenticidade do terapeuta, compreensão empática e verdadeira do outro e no pressuposto de que quando a pessoa se apercebe desta compreensão empática, a sua tendência actualizante intensifica-se. Rogers (1986) citado por Bozarth (1998), refere que:

“Na terapia centrada na pessoa, a pessoa é livre de escolher qualquer direcção, mas na verdade, escolhe caminhos positivos e construtivos. Só posso explicar isto em termos de uma tendência direccional inerente ao organismo humano – uma tendência para crescer, desenvolver-se e realizar plenamente as suas potencialidades” p. 45.

A tendência actualizante deve ser olhada como um recurso interno da pessoa, que apenas precisa de ser liberta e clarificada, para que o indivíduo desperte o seu “self-awareness”. A empatia, que deverá surgir de forma verdadeira e natural (resultante de um processo de autoconhecimento profundo). A atitude não directiva e o olhar incondicionalmente positivo são também as principais características que o terapeuta deverá adoptar. A congruência, transparência e autenticidade na abordagem são pilares fundamentais para que o indivíduo se sinta seguro e consiga seguir a sua tendência actualizante. A compreensão empática baseia-se na ressonância das referências do outro tal como ele as experimenta, sem esquecer o distanciamento analítico indispensável para a compreensão da totalidade do ser do outro. Também Watson (2002) acredita que a pessoa se move em direcção a um sentido mais elevado do eu, com aumento da harmonia, onde o processo de auto-

recuperação e capacidade para encontrar sentido na própria existência estão disponíveis.

Chalifour (2008), no seu modelo de ajuda profissional, pressupõe “uma relação entre um interveniente e um cliente que interagem no sentido de obter uma resposta satisfatória a um problema, modificar um comportamento, gerir um sintoma, desenvolver habilidades de adaptação ou de autocontrolo” (p.10). Inclui três premissas: a primeira, que existe um cliente com recursos que lhe permitem a actualização; a segunda, que o ser humano é um ser de relação com o seu ambiente (humano e físico) e é na qualidade destas relações que se actualiza; a terceira, um interveniente, agente facilitador, onde as suas qualidades pessoais e profissionais estão na base de toda a sua intervenção. Este modelo desenvolve-se em 4 componentes: Um cliente (com uma necessidade de ajuda, com um contexto ambiental, de saúde e de doença específicos); Um interveniente (facilitador de reconhecimentos de necessidades e recursos do cliente, mobilizando processos de natureza psicoterapêutica); Um contexto e ambiente onde a relação de ajuda ocorre.

Adoptando este modelo para intervir no alívio do sofrimento, a relação de ajuda basear-se-á na disponibilidade genuína para o outro e ajudá-lo a gerir emoções (de forma a poder ver-se melhor e actualizar-se favoravelmente, mobilizando os seus recursos). Shiloh, Koehly, Jenkins, Martin e Hadley (2008), no seu estudo concluíram que as intervenções psicológicas baseadas no aconselhamento foram referidas como positivas para aliviar os efeitos emocionais adversos.

2.5.2 - O processo de *empowerment*

O *empowerment* é um termo oriundo da psicologia comunitária, de autores como Rappaport (1995) e Zimmerman (1995). Aqui direcciona-se para o *empowerment* psicológico definido por Zimmerman (1995) como a percepção das pessoas relativamente às suas competências, num processo em que fazem corresponder os seus objectivos e os meios necessários para os alcançar. É o princípio fundamental para a promoção da saúde e foca-se no sentimento de controlo percebido pela pessoa perante a sua própria vida. Este conceito faz particular sentido no modelo de *empowerment* psicológico do autor supracitado que engloba a componente intrapessoal, interacional e comportamental. A componente

intrapessoal diz respeito ao sentimento de competência da própria pessoa e inclui domínios específicos como a auto-eficácia e a motivação. A componente interacional é direccionada para a capacidade cognitiva de analisar o ambiente e utilização das suas competências para alcançar os recursos necessários neste ambiente. A componente comportamental refere-se, conseqüentemente, às acções tomadas para influenciar directamente os resultados. Pode então aplicar-se este modelo à enfermagem de saúde mental e à doença oncológica em específico. Stang e Miltelmark (2010), reforçam que o diagnóstico de cancro é acompanhado por sentimentos de falta de controlo, dependência de terceiros, relações de poder assimétricas e o planeamento da vida em função dos tratamentos. O objectivo é então recuperar o sentimento de controlo sobre a sua própria vida, no sentido do *recovery*.

O *recovery* é para Deegan (2003) um processo, uma atitude, uma forma de encarar os desafios do dia a dia (...) para estabelecer um sentido renovado de integridade e propósito pessoal para além da doença. Não se centra naquilo que a pessoa era antes da experiência da doença, mas naquilo que ela se transformou e evoluiu com a vivência desta.

Mok (2001) refere que a filosofia do *empowerment* está baseada nas premissas de envolvimento activo, participação colaborativa, autodeterminação e compromisso. Este autor nomeia ainda os factores-chave deste processo de *empowerment* em oncologia, sendo eles:

- “*connectedness*” – a ligação com os outros permite receber suporte e suporte e observar o problema a partir de outras perspectivas. Esta conexão dá um sentido de responsabilidade e compromisso para continuar e tolerar;
- Parceria com os profissionais de saúde - saber que os profissionais estão presentes, com interesse genuíno para ajudar, despendendo tempo para ouvir e falar com a pessoa, responder a questões e fornecer informação relevante;
- Reformulação e reinterpretação da doença – nesta vivência do cancro as pessoas estão também a reconstruir as suas crenças acerca do mundo, as suas relações, a si próprias e ao significado da sua doença. O objectivo

olharem para a experiência de forma mais positiva, com maior tolerância e como parte da sua vida, conduzindo a um sentimento de harmonia;

- Autoconfiança – acreditar que são capazes de assumir a responsabilidade da escolha e do curso da sua vida;

Uma das estratégias definidas neste contexto é promover o envolvimento social. Chalifour (2008) afirma que o suporte social tem um papel muito importante na manutenção da saúde e na diminuição dos efeitos prejudiciais do *stress*. Outra estratégia, direcciona-se para a já abordada relação de ajuda, aqui destacada por Helgeson e Cohen (1996) no suporte emocional que engloba a escuta activa, o “estar lá” para o outro, a empatia, tranquilização e conforto. Esta expressão de sentimentos positivos que mostram interesse pela pessoa pode restabelecer a auto-estima, reduzir sentimentos de inutilidade individual e reduzir a tensão. Um exemplo prático da importância deste suporte são os grupos de ajuda mútua, pela partilha de vivências, potenciando o processo de *empowerment* e gestão de *stress*.

2.5.3- Intervenção em grupo

Para Mok (2001 e 2004), quando as pessoas interagem com o outro fazem mudanças significativas a nível individual e colectivo e o *empowerment* ocorre. Também Stang e Miltelmark (2010) e Mok (2001 e 2004), estudaram a participação de pessoas com doença oncológica em grupos de ajuda mútua e concluíram ser das intervenções mais eficazes no processo de *empowerment*. Os grupos de ajuda mútua (GAM) são para Charepe (2013), uma forma de suporte interpessoal, que os distingue da maioria dos grupos terapêuticos. São grupos limitados no tempo, constituídos com 6 a 15 elementos que partilham um problema ou situação e se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade (Maia, Vasques, Vieira, Reto e Lourenço, 2012). A função aqui aplicada direcciona-se para o modelo de suporte emocional (promoção de entreaajuda, estratégias de *coping* e mudança individual). Para os mesmos autores, a consultadoria é o papel mais apropriado para um profissional que integre um GAM, dado que fornece informação e pareceres, não assumindo responsabilidade nem liderança na tomada de decisão. O profissional intervém assim no treino de competências pessoais e sociais, identificação de recursos, apoio ao desenvolvimento de programas específicos e resolução de problemas concretos. Assim, para o contexto de

intervenção que se pretende, o objectivo é providenciar suporte e ajuda através dos pares, ocorrendo o *empowerment* através de: consciencialização, aquisição de conhecimento objectivo, aprendizagem com as experiências do outro e descoberta de novas perspectivas de vida e de si mesmo.

Pela vulnerabilidade que a doença implica, também Guerra e Lima (2005) destacam a importância vital que o grupo assume pela partilha da mesma situação. No entanto, referem também a importância de alguém com conhecimento adequado do problema e da dinâmica de grupos, para gerir o imprevisto no brotar das emoções dos elementos do grupo. Coerente com a abordagem humanista individual, também a estratégia de intervenção em grupo se pensa neste sentido. Guerra e Lima (2005) referem que, se por um lado, é uma intervenção que não exige grandes conhecimentos, exige em contrapartida uma postura do profissional difícil de alcançar sem o interiorizar autêntico dos pressupostos desta intervenção em grupo (genuinidade, aceitação positiva e incondicional e empatia e função de espelho). O modelo de Yalom (2000) citado por Guerra e Lima (2005), também fundamentado em princípios humanistas, inclui os contributos de Maslow e Frankl, valorizando o feedback e a coesão como estratégias fundamentais no processo terapêutico. Nomeia doze factores terapêuticos, sequenciais: O inculcar da esperança; A universalidade (a partilha de situações semelhantes pelos elementos do grupo); A informação participada (o terapeuta e os elementos do grupo trazem informação para o grupo); O altruísmo; A recapitulação correctiva do grupo familiar primário (pela crença de que a vivência no grupo recria o grupo primário- a família); O desenvolvimento de competências sociais (de relacionamento interpessoal); A modelagem (a procura de identificação no terapeuta ou nos membros mais experientes); A catarse (libertação de emoções reprimidas); Factores existenciais (assumir a responsabilidade da escolha na vida de cada um); A coesão de grupo (relação terapêutica estabelecida com o líder e com os outros elementos do grupo); A aprendizagem interpessoal (mudança de objectivos dos membros desde a entrada no grupo, na descoberta dos verdadeiros objectivos de comunicar, ser mais autêntico e desprovido de máscaras); O microcosmo social do grupo (o grupo começa a exhibir os seus comportamentos próprios de forma natural e espontânea).

Seguindo estas orientações, no caso concreto de pessoas com cancro da mama, McIntyre, Fernandes e Pereira (2001), efectuaram um estudo relativo a um

programa de intervenção de grupo com mulheres mastectomizadas portuguesas e concluíram existir benefícios a nível da adaptação psicossocial à doença (no que respeita ao *coping*, ajustamento, ansiedade e depressão). Também Coward (2003) desenvolveu um programa dirigido a esta população, com o objectivo de perceber a promoção da transcendência pessoal dos elementos de um grupo de suporte. Foi provado o benefício da intervenção em grupo nas perspectivas e actividades de transcendência desenvolvidas, no sentido do bem-estar. Farajzadegan, Tehrani, Rajabi e Zamani (2011) desenvolveram um estudo com a hipótese de pertencer a um grupo de suporte como factor de aumento da qualidade de vida também em mulheres mastectomizadas, que acabou por se verificar.

3- ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, PROCESSOS DE TRABALHO UTILIZADOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Numa lógica de continuidade, foi seleccionada a apresentação do percurso desenvolvido de forma descritiva, relacionando as actividades com os objectivos e de que forma contribuíram para o desenvolvimento das competências de EEESMP. No anexo 15 encontra-se o quadro-resumo desta descrição.

3.1- Ensino clínico em contexto hospitalar- Serviço de Internamento de Psiquiatria

Este local foi seleccionado pela oportunidade (quase única na realidade actual do país) de acompanhar uma EEESMP no âmbito da enfermagem de ligação. A necessidade de dar resposta à problemática de partida conduziu a uma busca pelo local onde fosse possível intervir nestas duas realidades: a prestação de cuidados num serviço de internamento de psiquiatria e o acompanhamento da crise vivenciada pela doença física, bem como o seu impacto na saúde mental. O fio condutor desta intervenção é o sofrimento provocado pela doença e a importância do EEESMP na optimização da saúde mental.

Para dar resposta ao desenvolvimento da primeira competência de EEESMP², foi proposto o objectivo geral: “Desenvolver o autoconhecimento, através do estabelecimento de relações de ajuda com pessoas em sofrimento”. Para o alcançar foram delineados os objectivos específicos: “Identificar os sentimentos próprios e emoções demonstradas” e “Identificar processos de transferência e contratransferência”. Durante os momentos de contacto com pessoas em sofrimento pela experiência de doença mental ou física, o processo reflexivo foi constante e foram anotadas algumas destas reflexões, que espelham bem os sentimentos e emoções demonstradas, exploradas com a Enfermeira Orientadora (EO), em anexo 2. Dos sentimentos que surgiram evidenciaram-se a impotência, apreensão, insegurança, falta de controlo e sentimentos de compaixão. A consciencialização de como se manifestavam no momento estes sentimentos através da comunicação

² F1- “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, OE, 2011)

não-verbal foi muito importante: tom de voz, postura, distância utilizada, olhar, expressão facial e cadência do discurso. No que diz respeito à compaixão, e estando particularmente atenta à possibilidade de ocorrerem processos de transferência e contratransferências, este sentimento foi trabalhado através da constante reflexão que a EO permitia. O que difere o EEESMP, é de facto a capacidade de analisar o que sente e estar previamente mais atento a possíveis falácias na relação de ajuda. Como refere Watson (2002), “o enfermeiro está envolvido exteriormente” p.115. Também a partilha de algumas destas reflexões com outros enfermeiros especialistas, permitiu conhecer algumas estratégias práticas que utilizavam para lidar com o sofrimento destas pessoas, como por exemplo a imaginação de um “escudo protector”. Essa estratégia passou a ser utilizada antes de entrar no serviço, protegendo a minha integridade, o meu “eu”, e facilitando a utilização dos meus sentimentos como um instrumento de ajuda e não como algo absorvente ou transferível. Por sugestão ou não, passei a sentir-me progressivamente mais confiante e mais segura. Também a nível de autoconhecimento, a oportunidade de planear e intervir em grupo com a EO foi excepcional. A ansiedade e o desconforto evidenciaram-se, bem como a tentativa de não a transmitir através da linguagem não-verbal. À medida que as sessões foram decorrendo, a ansiedade foi diminuindo e a capacidade de estar disponível na íntegra para o outro foi aumentando. A sensação de controlo progressivamente ganha traduziu-se em sentimentos agradáveis de satisfação pessoal e profissional.

No que diz respeito ao 2º objectivo específico proposto, “Adquirir competências para estabelecimento de uma relação de ajuda, inspirada no aconselhamento” pretendeu dar resposta ao desenvolvimento da 2ª, 3ª e 4ª competências do EEESMP³. Para tal, foram estabelecidos os objectivos específicos: 1- Identificar os princípios da relação de ajuda; e 2- Utilizar os princípios da relação de ajuda. Como actividades foram propostas a realização de pesquisa bibliográfica, a observação do estabelecimento de relações de ajuda dos EEESMP e a reflexão acerca momentos significativos destas interacções.

³ Competências do EEESMP: 2ª: “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”; 3ª: “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”; 4ª: “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2011).

Para além dos princípios já evidenciados na fase de planeamento do projecto, na pesquisa bibliográfica, inspirados nos princípios de Chalifour (1999), Carlos Sequeira (2006) e Phaneuf (2002) foram importantes contributos orientadores. Sequeira pela sistematização da avaliação da pessoa com doença mental e Phaneuf na abordagem da pessoa com dor. A observação, reflexão e discussão com a EO de momentos significativos de gestão emocional foram cruciais para um novo saber fazer, como evidenciam algumas reflexões (anexos 2, 3, 4 e 5). Antes de iniciar este percurso de EEESMP, perante as manifestações de sofrimento da pessoa, as respostas dadas eram limitadas. A resposta de fuga e evicção como “há-de passar” e “não pense mais nisso” nunca pareceram adequadas, pelo que era privilegiado o silêncio. Este “estar com o outro” em silêncio continua a ser muito importante em determinados momentos, mas há agora uma maior capacidade de ouvir e conduzir a pessoa a clarificar as suas emoções, de forma a geri-las e a evoluir no sentido da sua actualização. Olhar para a pessoa, transmitir o que ela aparenta manifestar através das emoções (ex: parece-me triste...) ou perguntar simplesmente “como se sente”, parecem ser excelentes condutores de uma relação que se pretende de ajuda. No que diz respeito à observação de interacções, gestão do ambiente e operacionalização destes princípios, poderão ser notados na descrição de uma consulta de ajuda (anexo 4). A consulta de ajuda foi um momento de excelência para mobilizar os princípios da relação de ajuda, pelo espaço muitas vezes difícil noutros contextos: a privacidade, o ruído diminuído, ambiente calmo e a predisposição da pessoa para ser ouvida são factores catalisadores da relação de ajuda.

Relativamente ao 3º Objectivo Geral proposto “Perceber o impacto psicológico da doença na pessoa”, foram delineados objectivos específicos e respectivas actividades. 1- “Desenvolver a avaliação sistemática da pessoa”, com as respectivas actividades: Realização de pesquisa bibliográfica (acerca de questionários de avaliação da pessoa, da família e do suporte social); Elaboração de um guião de colheita de dados integrada; Realização de entrevistas; Estabelecer diagnósticos de enfermagem direccionados para o que a pessoa/ família reconhecem como problema. Estes objectivos dão resposta ao desenvolvimento da 2ª competência, F2.1- “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental(...)”

Na avaliação sistemática da pessoa, a pesquisa efectuada permitiu encontrar alguns instrumentos que facilitaram uma avaliação mais pormenorizada da pessoa e do seu contexto familiar e social. Destacam-se alguns instrumentos até agora não utilizados, como o Mini-Mental State (MMS) que permitiu a avaliação sistemática da memória; o Inventário de Depressão de Beck (Beck *et al* 1961), direccionado para a avaliação da depressão. Foi também utilizada a escala de Ansiedade, Stress e Depressão (EADS-21), muito pertinente para classificar e evidenciar em termos de diagnóstico a ansiedade, stress e depressão. Face ao Inventário de Depressão de Beck, tem a vantagem de clarificar o diagnóstico entre entidades cuja sintomatologia se apresenta de forma semelhante. Por outro lado, também era já utilizada no hospital, não sendo necessário pedido de autorização para a sua aplicação. A EADS-21 foi sobretudo utilizada no âmbito da enfermagem de ligação, quer no serviço de cardiologia, quer na unidade da dor. Para além da pertinência em termos de diagnóstico, foi também utilizada como validação da eficácia da intervenção em algumas situações. A utilização destes instrumentos permitiu objectivar o planeamento e avaliação dos cuidados, de forma mais rigorosa.

O guião de colheita de dados utilizado foi baseado no que era utilizado no serviço de internamento e incluía: dados gerais, dados de saúde, antecedentes psiquiátricos, exame do estado mental, história laboral, personalidade prévia, percepção sobre a dor, entendimento sobre a doença, maiores preocupações, genograma, condições habitacionais.

Quanto à construção dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a linguagem CIPE (versão β , 2002), por dois motivos: a sua utilização no hospital (o que permite uniformizar a linguagem entre o EEESMP e a restante equipa de enfermagem que presta cuidados no serviço de cardiologia e na Unidade da dor), e pela correspondência directa e sistemática com as intervenções, como preconizado por Sequeira (2006). A nível de enfermagem de ligação, os focos mais evidenciados foram: Ansiedade, Autocontrolo, Stress, Acontecimentos Indutores de Stress, Coping e estratégias de Coping, Imagem corporal e Auto-estima, aos quais correspondem os diagnósticos formulados com os juízos.

Apesar de não se encontrar explícito em nenhuma actividade, a continuidade do processo de enfermagem era assegurado pelo planeamento de intervenções e respectiva avaliação. Destacam-se as intervenções de âmbito psicoterapêutico

planeadas para dar resposta aos diagnósticos levantados, baseadas por exemplo na terapia da Reminiscência (anexo 3) ou Relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Estas intervenções, até aqui nunca realizadas, foram planeadas e executadas com a supervisão da EO, permitindo dar resposta ao desenvolvimento da competência F4.

Ainda na abordagem do 3º Objectivo geral, o 2º e 3º objectivos específicos: “Reconhecer e promover o reconhecimento dos sentimentos da pessoa” e “Reconhecer e promover o reconhecimento da fase da doença em que a pessoa se encontra”, preconizaram a realização das seguintes actividades: Pesquisa bibliográfica das reacções à doença; Desenvolver relação de ajuda subjacente aos princípios já pesquisados; Ajudar a pessoa e família a clarificar sentimentos; Utilizar estratégias de comunicação de más notícias (protocolo de Buckman)⁴; Gerir expectativas.

A intervenção continuou focada na gestão emocional e na identificação de sentimentos. Perante as emoções demonstradas, eram utilizados alguns princípios da relação de ajuda (como a escuta activa, reformulação e clarificação) que conduziam a pessoa identificar o que sentia e de que forma esse sentimento se manifestava em si. Os sentimentos que mais surgiram foram, como corrobora a bibliografia, o choque, tristeza e raiva. Uma vez clarificados e nomeados os sentimentos tornava-se mais fácil para a pessoa geri-los. Ao analisar-se, crenças desajustadas e ideias de catástrofe surgem e estão disponíveis para serem desconstruídas. Geralmente nesta fase, surge a identificação do problema de forma mais clara e é possível a análise das suas dimensões (como a pessoa e família interpretam a crise que estão a vivenciar). Procura-se igualmente perceber como se desenrolaram crises anteriores e quais os elementos de resolução que emergiram. No âmbito da Enfermagem de Ligação, para além destas linhas orientadoras iniciais, Marques *et al* (1991), ajudaram a compreender e a estruturar, por exemplo, a intervenção no Serviço de Internamento de Cardiologia. Compreender a frequente

⁴ Este protocolo (conjunto de técnicas de comunicação) tem como finalidade ajudar o profissional de saúde a transmitir uma má notícia da forma menos danosa possível. Segundo Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale and Kudelka (2007), estes seis passos incluem: 1- Planear a entrevista (promover privacidade, envolver outros significativos, sentar, manter o contacto visual e utilizar o toque quando adequado e diminuir as interrupções); 2- Obter a percepção da pessoa, avaliando o que ela sabe; 3- Perceber o quê e como a pessoa quer saber a notícia; Dar a notícia com um tiro de aviso prévio, ex: “Infelizmente não tenho boas notícias”; 5- Percepcionar as emoções e dar respostas empáticas; 6- Delinear com a pessoa uma estratégia de intervenção e fazer um resumo do que foi dito, clarificando e evitando distorções do que foi transmitido.

negação adaptativa (a pessoa reconhece a doença, mas minimiza os sintomas) ou mal adaptativa (há uma negação total da importância da doença), permitiu reconhecer e lidar melhor com a ansiedade tão frequente nestas pessoas. Trabalhada esta fase inicial de gestão emocional (muitas vezes difícil apenas num primeiro momento de interação) era transmitida a informação pertinente (que os enfermeiros generalistas muitas das vezes tinham dificuldade, pois a pessoa “parece que não ouve nada do que lhe é dito”). A informação era fornecida, mas no momento em que a pessoa identificava/ reconhecia o problema (factores de risco, qualidade de vida a alcançar, etc). Face aos problemas identificados e validados com a pessoa, era elaborado um plano de acção conjunto. Eram seleccionadas e implementadas estratégias de confronto com o problema, de diminuição do impacto das consequências e que permitissem o aumento da capacidade para lidar com este, visando o *empowerment* (recursos que funcionaram noutras situações, crenças religiosas, etc). Para além da relação de ajuda, eram desenvolvidas sessões de relaxamento individual, sempre que pertinente (baseadas no relaxamento muscular progressivo de Jacobson e na técnica de relaxamento por imaginação guiada). A avaliação era sempre assegurada e existia, sempre que necessário, referência a outros elementos da equipa de saúde (como o psiquiatra), salvaguardando situações para as quais o enfermeiro não pudesse intervir na sua esfera de competências. A orientação da intervenção nestes moldes permitiu dar resposta às competências F2 e F3.

Na consulta de Ajuda na Unidade da Dor, a intervenção seguia-se nos moldes do descrito anteriormente, mas adaptado e orientado para a particularidade da vivência da pessoa com dor crónica. Neste âmbito, os problemas verbalizados pelas pessoas direccionavam-se sobretudo para o sofrimento físico, psicológico e sócio-realcional, a sensação de perda de controlo e a colocação da experiência dolorosa no centro da sua vida. Pela partilha destas sensações por várias pessoas, pensou-se a realização de uma intervenção em grupo. Esta intervenção em grupo não estava previamente definida no âmbito do projecto, mas revelou-se uma oportunidade única no desenvolvimento das competências de EEESMP. O planeamento de toda esta intervenção encontra-se em anexo 16: “Projecto do grupo de Suporte da Unidade da Dor”. O objectivo geral desta intervenção foi, através de um processo de *empowerment*, atingir um nível de *recovery* satisfatório em termos de bem-estar em

peças com dor crónica. Os benefícios desta intervenção foram sendo registados individualmente após cada sessão de grupo, pois na sua subjectividade cada pessoa valorizou e caminhou em sentidos muito próprios. Para que os resultados pudessem ser objectivados, para além de uma avaliação qualitativa a nível das verbalizações dos indivíduos que participaram no grupo, foi aplicada a escala EADS-21 (anexo 1) na consulta de avaliação inicial e na última sessão de grupo (avaliação em anexo 16).

3.2- Ensino clínico em contexto comunitário - Hospital de dia Médico de Oncologia

O Hospital de Dia Médico de Oncologia é constituído por uma equipa multidisciplinar: enfermeiros, médicos, psicóloga e assistentes operacionais. A nível de enfermagem, as consultas são asseguradas sobretudo pela EEESMP. A acção desta enfermeira passa sobretudo pelo acompanhamento do ponto de vista da enfermagem de saúde mental, que torna de excelência os cuidados à pessoa no seu percurso neste hospital de dia. Existe um trabalho em grupo específico liderado por esta EEESMP em parceria com a psicóloga com mulheres com cancro da mama, em tratamento curativo.

De forma a dar resposta à problemática inicial, foram propostos objectivos no âmbito da operacionalização do projecto. No entanto, por este ser também um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, existiram importantes contributos a nível do desenvolvimento da 1ª competência do EEESMP, no que diz respeito ao autoconhecimento. O impacto da oncologia, uma área onde ainda não tinha prestado cuidados despertou alguns sentimentos (reflexão na íntegra em anexo 6). “Existia muita coisa que eu desconhecia (...) O medo do desconhecido faz-me apreensiva em relação ao que consigo dar ao outro. A sensação de nervosismo, que se traduz em mim por nó no estômago e boca seca, alerta-me para estas transformações de papéis de enfermeira que estão a ocorrer. (...). Após esta consciencialização, foram desconstruídas as “ideias de catástrofe como “não percebo nada disto” e “não vou ser capaz de dar resposta a todas as necessidades destas pessoas”, “objectivando o que é que falta em termos de conhecimento (teórico e prático) e quais as necessidades concretas que penso não saber dar

resposta” (...) “Existia em mim algum estigma em relação ao doente oncológico. (...) “Estas minhas concepções acerca da doença oncológica estão relacionadas provavelmente com as minhas experiências familiares anteriores (...) de dor, sofrimento e limitação física associada à doença oncológica. Desconstruir estas ideias e analisar-me nestas minhas concepções foi sem dúvida fundamental para me conhecer melhor e prestar melhores cuidados no âmbito da enfermagem de saúde mental em oncologia.

Também algumas situações em que percepcionava que poderia haver algum processo de identificação com os utentes foram alvo de reflexão, permitindo tomar consciência de aspectos importantes (reflexão na íntegra no anexo 7); Como referem Watson (2002) e Chalifour (2008), somos seres diferentes e o sofrimento do outro nunca é sentido no meu ser e na minha vida. Neste processo de cuidar, do qual o enfermeiro faz parte, que é fácil transferir emoções e sentimentos, pelo que é importante a sua desconstrução, trabalhando-os para que não interfiram na relação terapêutica. Quer na realização das consultas de enfermagem quer na intervenção em grupo, o impacto do diagnóstico é explorado de uma forma muito próxima, a empatia implica uma grande aproximação da angústia e do sofrimento do outro. Segundo Gameiro (1999) “ estas competências implicam a capacidade da enfermeira para lidar com as suas reacções ao sofrimento do doente, incluindo o seu próprio sofrimento”. Esta capacidade de estar permanentemente atenta aos possíveis factores de transferência para os reconhecer e trabalhar foi imprescindível neste caminho. Para tal foram imprescindíveis os contributos de Watson (2002) e Chalifour (2008), bem como a reflexão com a OE, num processo construtivo de supervisão.

No que diz respeito aos objectivos propostos, o primeiro objectivo geral: Desenvolver competências de relação de ajuda e aconselhamento no âmbito do alívio do sofrimento das pessoas (em tratamento curativo e paliativo). Para tal os objectivos específicos foram: Compreender as fases da doença; Estabelecer relações de ajuda de forma a permitir a expressão de sentimentos; Avaliar a pessoa, reconhecendo factores de risco e factores protectores de saúde mental; Descrever as dimensões do sofrimento mais significativas; Realizar planos de intervenção para dar resposta ao sofrimento.

De forma a melhor responder a estes objectivos, e porque algumas actividades propostas são comuns (como a pesquisa bibliográfica), a avaliação da pessoa, a descrição das reacções emocionais à doença, foram elaboradas em conjunto, sendo difícil dissociá-las. Estes objectivos pretenderam ir ao encontro do preconizado na continuidade do desenvolvimento 2^a, 3^a e 4^a competências do EEESMP, pelo instrumento que a relação de ajuda representa para “Assistir a pessoa (...) na optimização da saúde mental”, para “ajudar a pessoa (...) a recuperar a saúde mental (...)”, e para a “prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico (...)”. O contexto que melhor permitiu o desenvolvimento destes objectivos, foi sem dúvida a consulta de Enfermagem de Oncologia. Ao realizá-la com a EO, foi possível fazer não só uma avaliação estruturada (segundo os itens do programa utilizado no hospital), como incluir os dados pertinentes do ponto de vista da avaliação de enfermagem de saúde mental, pelo que deixou de fazer sentido criar um guião específico de colheita de dados. Também a avaliação dos factores protectores e de risco eram contemplados no decorrer daquela interação. Naquele espaço, era sobretudo dada a oportunidade da pessoa explorar o que era mais importante para si. A questão inicial “Como se sente?”, funciona como quebra-gelo inicial e abre todo um leque de possibilidades à pessoa para abordar o seu problema. Ao falar da forma como se sente, a pessoa, na maior parte das vezes, pensa sobre si e sobre o seu discurso de uma forma mais clara, permitindo a consciencialização e conseqüentemente, segue a sua tendência actualizante. A habilidade centra-se sobretudo em dirigir o diálogo de forma a simultaneamente conhecer melhor a pessoa (quem é e o que é importante para ela), avaliar os factores de risco e factores protectores, diagnosticar e validar problemas e realizar a gestão emocional daquilo que a pessoa nos ia transmitindo, com intuito libertador e terapêutico.

Em termos teóricos, a pesquisa bibliográfica suporta a ideia de que já Lipowski (1970) citado por Marques *et al* (1991) salienta a importância do significado da doença para a pessoa na determinação do modo individual de agir: desafio, inimigo, castigo, fraqueza, alívio, perda ou perigo irreparáveis ou valor positivo. Marques *et al* (1991) e Oliveira (2004) referem que algumas pessoas encaram o cancro como um desafio, um inimigo no campo de batalha. Algumas vivenciam o diagnóstico numa atitude passiva, outras procuram uma causa responsável, sendo a raiva aqui a emoção primária. Os mesmos autores consideram como “normais” sentimentos

depressivos e “dias cinzentos”, sendo função dos profissionais de saúde avaliar e diferenciar as respostas psicológicas ditas normais, que se irão dissipar com o tempo, daquelas que poderão ser patológicas se não forem correctamente orientadas. Assim devem ser alvo de alerta sintomas como humor disfórico, sentimentos de desespero, pessimismo, anedonia, sentimentos de culpa, de ser “um fardo” para os outros, diminuição da concentração e pensamentos ou planos suicidas. Nas consultas de enfermagem foi possível perceber que sentimentos de revolta, injustiça e incredibilidade são frequentes. As principais emoções evidenciadas foram sem dúvida a tristeza, manifestada pelo choro, a raiva e frustração, manifestadas também muitas vezes sob a forma de choro. Partindo das emoções primárias abordadas na fundamentação teórica (raiva, medo, alegria, surpresa, tristeza e nojo), podemos compreender algumas das reacções emocionais mais complexas das pessoas a quem é diagnosticada uma doença grave. Estas reacções emocionais, segundo Sapeta citado por Raminhos (2003), variam consoante a forma como as pessoas encaram a doença, decorrendo daí atitudes como a hipervalorização, passividade ou indiferença e assertividade. As estratégias de confronto com a doença mais encontradas vão ao encontro do descrito na fundamentação teórica e são a fuga/evitamento e a racionalização (procura de informação nas mais variadas fontes possíveis). A nível familiar existem também várias formas de encarar a doença. A substituição e sobreprotecção por um lado, a fuga e evitamento por outro são as formas mais frequentes encontradas, o que corrobora a bibliografia encontrada.

A relação de ajuda é utilizada como veículo para o trabalho de estratégias de coping, num processo de *empowerment*, que tem como meta o *Recovery*. Os contributos de Phaneuf, Watson, Rogers, Chalifour, explorados na fundamentação teórica foram a pedra angular do estabelecimento destas relações. Outra orientação importante foi a psicologia positiva, descoberta neste percurso, que motivou a explorar o que a pessoa tem de bom na sua vida (família, amigos) e as actividades que lhe dão prazer (de forma a maximiza-las, adaptando-as às suas circunstâncias actuais). A comunicação clara e assertiva, a gestão das emoções e a discussão da adequação destas estratégias foram de facto os pontos-chave na abordagem do ponto de vista da saúde mental, bem como o conhecimento da pessoa, do seu estilo de vida e dos factores de risco e protectores de saúde mental.

Outro contexto importante para o estabelecimento, primeiramente, de uma relação de confiança e em alguns casos, relação de ajuda, foi a prestação de alguns cuidados gerais. Este aspecto faz especial sentido se pensarmos que a consulta de enfermagem é realizada muitas vezes perto do momento do diagnóstico, onde muitas vezes a pessoa se encontra em choque ou negação. Geralmente, durante os tratamentos, a pessoa já eliminou algumas ideias erróneas e consegue mais claramente abordar o verdadeiro impacto da doença e do tratamento na sua saúde mental. O espaço individual, privado que ali é proporcionado e a possibilidade de ser simultaneamente um espaço de consulta e tratamento, dá à pessoa uma sensação de verdadeiro acompanhamento (segundo verbalizações das pessoas cuidadas). Algumas vezes, certos medos abordados na consulta de enfermagem são agora minimizados e surgem outras questões mais importantes, que precisam de ser trabalhadas. Muitas vezes é manifestada aqui a ansiedade, avaliada em concreto pela escala hospitalar de ansiedade, *stress* e depressão (implementada recentemente no serviço: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), validada para a população portuguesa por Silva, Ribeiro e Cardoso 2006), o que permite objectivar dados e planear as intervenções de forma mais prudente. É aqui que surge por exemplo espaço para uma intervenção de âmbito psicoterapêutico para lidar com a ansiedade- o relaxamento (abordada mais adiante).

Quanto à descrição das dimensões mais significativas do sofrimento, foi operacionalizada a metodologia do projecto (abordada na discussão de resultados). O IESSD (anexo 8) categoriza o sofrimento em psicológico, físico, existencial, sócio-relacional e experiências positivas no sofrimento. Apurou-se numa fase prévia à prestação de cuidados, através de uma análise dos inquéritos obtidos, parecer existir uma predominância do sofrimento sócio-relacional e psicológico. Isto está de acordo com a pesquisa bibliográfica, Apóstolo, Batista, Macedo e Pereira (2006). A abordagem foi assim centrada no conhecimento deste contexto da pessoa, de forma a ajudá-la a mobilizá-los o melhor possível. A preocupação com os filhos e o seu futuro, e o sofrimento que a vivência do processo de doença provoca nos entes mais próximos era uma das dimensões mais valorizadas pelas pessoas: “Eu não quero que os meus filhos me vejam sem cabelo... não sei o que irão pensar”, “Temo pelo aproveitamento escolar deles” ...”Não queria que a minha família

passasse por isto...”. São apenas algumas das verbalizações registadas que evidenciam esta dimensão do sofrimento.

Relativamente ao objectivo específico “realizar planos de intervenção para dar resposta ao sofrimento”, foi cumprido de forma individual, sempre recorrendo à supervisão da EO. Como já referido, a intervenção só é possível respeitando as condições e circunstâncias muito próprias de cada pessoa. A base da intervenção foi sempre a relação de ajuda direccionada para a gestão emocional, tal como previsto no planeamento do projecto. A partir daqui eram construídos diagnósticos e planeadas algumas intervenções que dessem resposta aos problemas evidenciados, visando sempre o *empowerment*. Os registos eram elaborados de forma a dar visibilidade dos problemas detectados e às linhas de acção planeadas.

Quanto à pesquisa bibliográfica efectuada, evidenciaram-se algumas estratégias gerais que funcionaram como *guidelines* na intervenção (com a devida adaptação e negociação, tão únicas quanto as pessoas a quem se prestaram cuidados). Os contributos de Gameiro (1999), de estratégias para alívio do sofrimento, sugerindo o uso de uma atitude empática, do diálogo acerca da experiência, estar atento aos significados pessoais da doença, utilizar estratégias de alívio da dor física (que se aplicou aqui com alguns dos contributos explorados na realização do projecto de intervenção em pessoas com dor). Refere ainda a importância de dar à pessoa a percepção de controlo sobre a situação (evolução e sintomas), que foi gerido neste âmbito da oncologia pelo fornecer informação (de acordo com o que a pessoa estava disposta a receber) e sugerir alguns recursos antecipatórios (por exemplo, no caso de uma senhora muito apreensiva face à possibilidade de desenvolver gengivite, fornecer o colutório logo no primeiro tratamento), de forma a eliminar o sofrimento antecipatório. A importância das alterações da auto-imagem, deve ser um foco de intervenção (Menezes e Borges, 2006 e Oliveira, 2004), promovendo uma imagem positiva (aqui aplicada tentando perceber quais as partes do corpo que mais gosta, valorizando-as, por exemplo, maquilhar os olhos).

Ribeiro *et al* (1995), resumem algumas tarefas que o EEESMP deve ajudar a pessoa a realizar: “definir e compreender o significado pessoal da situação”, “confrontar a realidade e responder às exigências da situação”, “garantir as relações com familiares, amigos e outros próximos que podem ajudar na resolução da crise”, “manter um balanço emocional razoável através da elaboração das preocupações

despoletadas pela situação” e “preservar uma auto-imagem satisfatória e manter o sentido de competência e domínio sobre a situação”. Estes aspectos foram trabalhados individualmente, promovendo a manutenção dos hábitos de vida que a pessoa já tinha (actividade laboral, desportiva, social, recreativa, etc), adaptando-as sempre às circunstâncias actuais, como vista ao *recovery* (Menezes e Borges, 2006). Centrar a intervenção naquilo que mais afecta e preocupa a pessoa, buscando respostas efectivas e adaptadas foi o foco da intervenção. Nail (2001), também sustenta que as intervenções deverão ser direccionadas para a eliminação do *stressor* quando possível, ou para a atenuação dos efeitos nocivos do *stressor* (como por exemplo os efeitos secundários dos tratamentos). Quando o *stressor* não é algo óbvio ou acessível, é importante direccionar a intervenção para a modificação da resposta da pessoa (utilização do humor, encontro de perspectivas positivas e soluções que amenizem, por exemplo a alopecia).

A intervenção em grupo com pessoas em tratamento curativo, é prática comum da EEESMP e a psicóloga do serviço. Sempre que pertinente, realiza-se a avaliação das mulheres que se encontram a fazer tratamento curativo, com critérios de inclusão previamente definidos: Idade igual ou superior a 18 anos, sem alterações da função cognitiva, que saibam ler e escrever, informadas de forma livre e esclarecida do propósito do estudo (questões éticas em capítulo próprio). As utentes foram avaliadas nas consultas de enfermagem, no período de Outubro a Novembro de 2013.

O grupo de ajuda mútua propõe-se a ser de suporte emocional, com o objectivo de promover a partilha, libertação e expressão de sentimentos, sem objectivo de trabalhar situações patológicas de saúde mental (o que aliás, é critério de exclusão). É realizado em 5 sessões semanais, com a duração de cerca de 2h, incluindo as fases de aquecimento, dinâmica e relaxamento. Na primeira sessão, para além da apresentação dos elementos do grupo, definição de objectivos e regras, é explorada a temáticas das relações interpessoais. Na segunda sessão, a dinâmica é direccionada para a exploração do auto-conceito e auto-imagem através da utilização de mediadores como o desenho, a pintura, a colagem, entre outros. A terceira sessão é direccionada para a exploração da vivência das emoções positivas e negativas deste percurso de doença. Na quarta sessão é abordada a temática da sexualidade, de forma a expressar dificuldades. A dificuldade em aceitar a auto-

imagem, as dificuldades sentidas pelo casal, a importância da comunicação clara e assertiva e a discussão de algumas estratégias foram o cerne da partilha. A quinta sessão é direccionada para as expectativas futuras, no sentido de explorar os medos, mas sobretudo de impulsionar para o futuro, promovendo a esperança.

Serão descritos alguns dos momentos mais significativos, que evidenciem os contributos da intervenção em grupo na gestão emocional, como fundamentado também na literatura encontrada (McIntyre, Fernandes e Pereira (2001)). As sessões estão previamente planeadas de forma a facilitar a expressão de sentimentos, contanto com o trabalho do EEESMP para ser elemento facilitador desta expressão. Trata-se de um grupo de utentes, numa faixa etária semelhante, todas casadas e com filhos, algumas com uma vida profissional activa e quase todas (à excepção de uma que fez apenas mastectomia) a realizar quimioterapia com intuito curativo. Esta universalidade (à luz de Yalom: “Há mais pessoas como eu”) foi extremamente interessante na partilha de experiências e pelo potencial empático criado. É iniciada a sessão em roda (de forma a diminuir as barreiras físicas à comunicação) e é um dos líderes que inicia (tal como já fundamentado na intervenção em grupo). Foi iniciada a dinâmica pelo “quebra-gelo” da apresentação em pares (também já abordada no grupo da dor). A dinâmica que se seguiu, tinha como objectivo explorar as emoções despertadas na relação com o outro. O mediador utilizado foi uma tela, onde no final de desenharem como se sentem neste momento das suas vidas, trocavam de cadeira até todas percorrerem todos os desenhos e acrescentarem algo delas ao desenho da outra pessoa. Concluída a dinâmica foi explorado como se tinham sentido ao desenhar e como se tinham sentido quando alguém introduziu algo ao desenho delas. Relativamente ao primeiro ponto, verbalizações de “distracção e abstracção” foram descritas, bem como sensações libertadoras. De forma espontânea falaram acerca das suas relações actuais, familiares, sociais e profissionais. Cada uma na sua especificidade, a unanimidade era dirigida à valorização das relações familiares e de amizade verdadeiras, sendo o grande pilar na vivência desta doença oncológica. Este facto vai ao encontro do mais valorizado nas dimensões do sofrimento, sócio relacional. Relativamente à segunda questão, como viam o acréscimo realizado ao seu desenho, a maior parte encarou-o como algo construtivo, um contributo importante, não sentindo invadido o seu espaço. Foram conduzidas a transpor esta situação para o contexto real e foram destacadas

noções importantes de auto-conhecimento e estabelecimento de limites. Vários foram os elementos que verbalizaram afastar-se de algumas relações que sentiam como intrusivas (“não gosto que me estejam sempre a ligar, com o discurso de coitadinha” (...), valorizando e reconhecendo o apoio de quem está mais próximo. Foram discutidas formas assertivas de comunicar os outros as nossas necessidades e desconstruídas algumas interpretações possivelmente distorcidas, como no caso de um elemento, que considerava que o marido não suportava vê-la doente, utilizando como estímulo frases como “vá, anda lá, vais ficar boa”, “não estejas a chorar, o tratamento está a correr bem” (...). Pela partilha com os outros elementos do grupo, foi enriquecedor perceberem que muitas vezes este discurso é revelador também de alguma fragilidade e ausência de estratégias para lidar com o sofrimento de quem amam. Este processo de clarificação é importante para melhor compreensão do impacto da doença em toda a estrutura familiar. Outro momento significativo, foi na dinâmica da terceira sessão, em que a partilha de um dos elementos foi surpreendente. Tratava-se da senhora que não estava a realizar quimioterapia (tendo “apenas” sido submetida a mastectomia) e que referiu ter saído da última sessão de grupo com um sentimento de estranheza, que a levou a reflectir em casa. Sentia-se em diferentes circunstâncias das outras utentes por não estar a passar pelos tratamentos (e devidas consequências como a alopecia) e portanto, em menor direito de se sentir triste. Verbalizou sentir-se a “injustiçar” os outros elementos, que estariam a vivenciar “coisas piores que eu...”. Foi desmistificada a ideia em conjunto com os outros elementos do grupo, abordando o sofrimento como uma experiência subjectiva, com nuances muito pessoais e portanto difícil de ser comparada. Foi ouvida, acolhida e aceite pelos elementos, através da facilitação do EEESMP. Na mesma sessão, outro elemento do grupo referiu sentir-se actualmente mais sozinha (desde que terminou os ciclos de quimioterapia). De facto, a tristeza e raiva que anteriormente eram melhor compreendidas pela família e amigos, agora é mais desvalorizado. O suporte familiar e social tende a reduzir quando se terminam os tratamentos, por se considerar que “o pior já passou”. No entanto a pessoa está a vivenciar uma fase “pós-traumática”, em que a força anímica que possuía já se desvanece e vê-se menos apoiada. Estudos científicos referem esta vivência como normal (Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein, Buchi, 2010; Elklit e Blum (2011)).

No que diz respeito ao 2º objectivo geral proposto: “Desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico com vista à diminuição do sofrimento de pessoas em tratamento paliativo”, o intuito seria desenvolver uma intervenção em grupo específica e inovadora no serviço. No entanto, pelas actuais reformulações funcionais do serviço, não foi possível a articulação com a equipa de cuidados paliativos, de forma a desenvolver um grupo com essa finalidade. No entanto foram realizadas intervenções direccionadas a estas pessoas na prestação de cuidados no hospital de dia. O caso da D. L. foi dos mais marcantes (anexo 9). Descentrar das sensações físicas e promover a transcendência foram as duas áreas prioritárias de intervenção nestas situações. De facto, foi possível perceber que perante um estímulo tão forte como a dor, a pessoa precisa de se projectar para além da sua dimensão física. Isto é especialmente importante, por exemplo na adequação de uma técnica de relaxamento. O relaxamento Muscular progressivo de Jacobson, apesar dos seus efeitos comprovadamente benéficos, dirige a atenção da pessoa para cada região do seu corpo, o que pode intensificar ainda mais o estímulo doloroso, não permitindo à pessoa relaxar. No entanto, com um nível de dor aceitável para a pessoa, o relaxamento através da imaginação guiada parece ser o mais adequado. Payne (2003), refere a utilização de imagens mentais como valor terapêutico de forma a proporcionar redução da angústia; relaxamento; distração (para enfraquecer o poder dos pensamentos geradores de *stress*, o que faz particular sentido na abordagem da ideia catastrófica da dor e da morte) e como cura. Em termos de riscos, esta técnica é considerada segura e não invasiva.

4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No sentido de dar resposta à questão de partida: Que intervenções de enfermagem se podem desenvolver para facilitar a gestão emocional e aliviar o sofrimento em pessoas com doença oncológica? (preconizada na metodologia de projecto) foi decidida a aplicação de uma escala IESSD (validada por Gameiro, 1997 para a população portuguesa) no sentido de apurar qual ou quais as dimensões do sofrimento mais significativas. O intuito deste estudo é identificar as dimensões mais significativas do sofrimento e intervir de forma focalizada para o alívio deste sofrimento. Foi seleccionado este instrumento e não outro, pelo foco de enfermagem sofrimento enquanto experiência subjectiva, pela análise das múltiplas variáveis que implica, por ser de auto-preenchimento, por não ser demasiado extensa e por estar validada na população Portuguesa. O IESSD trata-se de um instrumento:

útil para avaliar a experiência de sofrimento do doente, enquanto estado de desconforto psicológico e sobrecarga de emoções negativas (“*distress*”), tendo em conta os diversos domínios da pessoa como ser biopsicossocial, consciente de si e vivendo com angústia a sua condição existencial de fragilidade e finitude que a situação de doença, naturalmente, hipostasia.” Gameiro (1999) P.114

Este instrumento avalia as dimensões subjectivas do sofrimento em 44 itens, classificando-as em **sofrimento psicológico, sofrimento físico, sofrimento existencial, sofrimento sócio-relacional e as Experiências positivas do sofrimento**. Apresenta critérios de fidelidade em relação à totalidade dos 44 itens avaliados, um alfa de Cronbach de (0.93). Quanto aos critérios de validade são apontados o ajustamento observado entre a estrutura de derivação empírica resultante da análise factorial e a organização dimensional derivada racionalmente; a distribuição dos itens abrangendo as várias temáticas identificadas pelos autores consultados e emergentes das entrevistas realizadas a pessoas doentes (validade de conteúdo); a correlação elevada altamente significativa entre o IESSD e o “Inventário de Sintomas de Roterdão”, utilizado por alguns autores para avaliar o sofrimento em situação de doença.

4.1- Metodologia

Foi solicitada a autorização por *email* ao autor da escala, que se encontra em anexo. Os dados obtidos encontram-se aqui espelhados sem a pretensão de fazer uma análise estatisticamente significativa, pela dimensão da amostra (15 inquéritos) e pela questão de partida não ser focada numa avaliação quantitativa, mas sim nas intervenções direccionadas para o alívio do sofrimento. Foi realizado um tipo de estudo observacional. Obtiveram-se 15 inquéritos (7 de pessoas em tratamento com intuito paliativo e 8 de pessoas em tratamento com intuito curativo). Foram preenchidos na consulta de enfermagem de avaliação inicial, no período de Outubro a Dezembro de 2013.

Os critérios de Inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos, não ter alterações da função cognitiva, saber ler e escrever, e estar informado de forma livre e esclarecida do propósito do estudo (consentimento informado em anexo 13).

Foi realizada uma análise dos dados obtidos separadamente (tratamento curativo e tratamento paliativo), através das funções do Microsoft Excel de forma a objectivar qual a dimensão mais significativa do sofrimento e se existiriam diferenças pertinentes para analisar. Para ser possível a comparação entre si de todas as dimensões do sofrimento, as pontuações obtidas através da escala de Likert (1- Não corresponde nada ao que se passa comigo e 5- Corresponde totalmente ao que se passa comigo), foram contabilizadas segundo a matriz disponibilizada pelo autor (em anexo 8) e transformadas em percentagens para serem passíveis de comparações.

4.2- Análise dos dados dos indivíduos em tratamento paliativo

No que diz respeito aos 7 inquéritos de indivíduos em tratamento paliativo, as idades foram compreendidas entre 56 e 75 anos, todos elementos do sexo feminino. A análise do gráfico 1 revela como dimensão mais significativa do sofrimento, a dimensão sócio-relacional, com 65% do total dos inquéritos, seguida do sofrimento físico (58%) e sofrimento psicológico (56%).

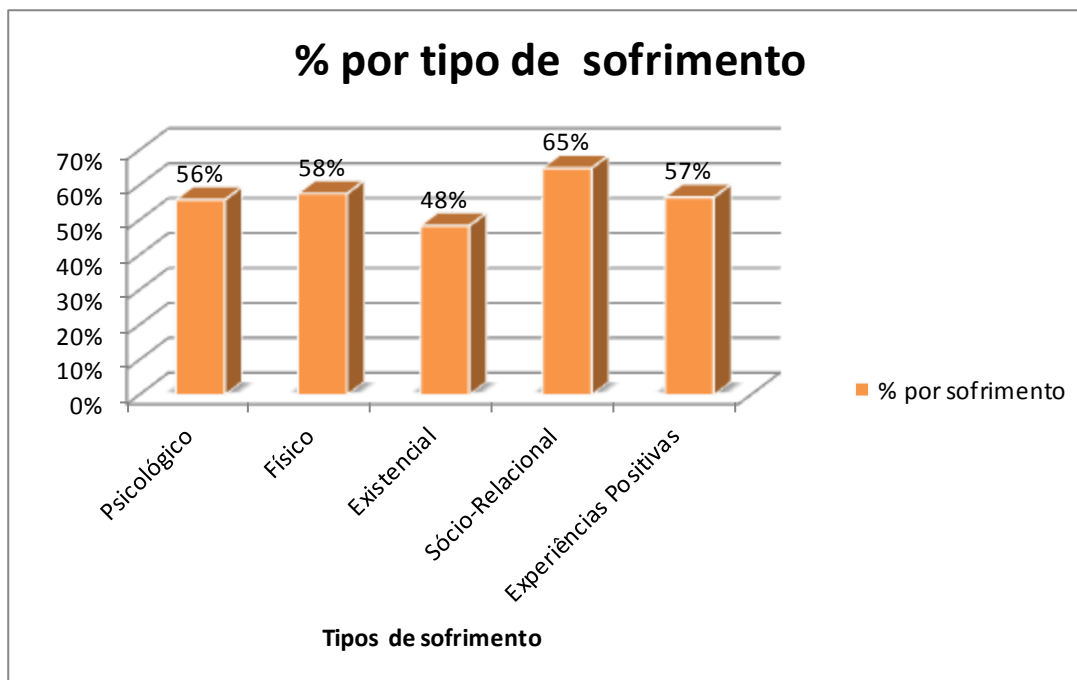


Gráfico 1- Dimensões do sofrimento em indivíduos em tratamento paliativo

Pode ainda observar-se que na análise da percentagem das dimensões de sofrimento por indivíduo, parece haver uma tendência para obter níveis semelhantes dos vários tipos de sofrimento (por exemplo, no gráfico II, indivíduo 2, observam-se valores elevados de várias dimensões de sofrimento, enquanto que no oposto, o indivíduo I apresenta índices baixos das várias dimensões de sofrimento).

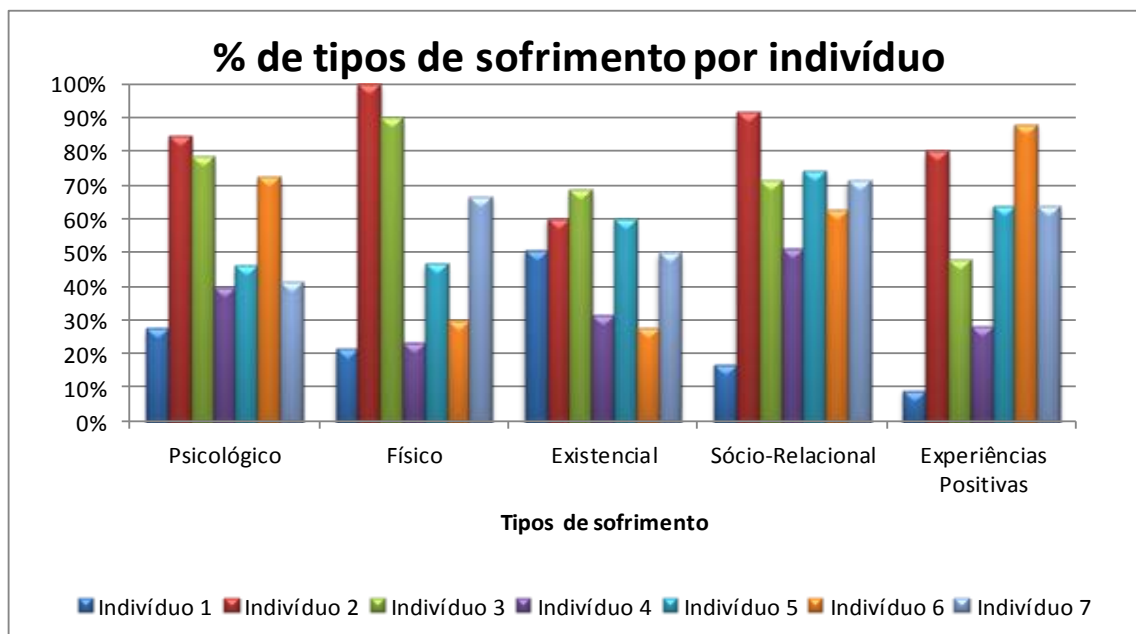


Gráfico 2- Tipos de sofrimento por indivíduo em tratamento paliativo

No entanto, curiosamente, índices elevados de sofrimento não parecem estar relacionados com menor percentagem de experiências positivas do sofrimento. Estes dados poderão estar relacionados com as etapas de aceitação e luto relacionados com a doença oncológica, onde apesar de existir sofrimento, este é assumido e utilizado como motor para buscar igualmente experiências positivas (como foi possível de constatar nas consultas de enfermagem).

4.3- Análise dos dados referentes aos indivíduos em tratamento curativo

Quanto à análise dos dados dos inquéritos aos indivíduos em tratamento curativo (8), as idades são compreendidas entre 28 e 78 anos, com elementos de ambos os sexos. Em termos de resultados foi possível observar também a predominância do sofrimento sócio-relacional (65%) e psicológico (59%). Curiosamente, na observação dos resultados de percentagem de dimensões do sofrimento por indivíduo parece existir uma tendência para quanto menores são os índices de sofrimento, maiores serem os índices de experiências positivas. Parece também existir globalmente maior percentagem de experiências positivas em pessoas em tratamento curativo do que em pessoas em tratamento paliativo.

Na comparação dos índices de sofrimento globais de pessoas em tratamento curativo e paliativo (gráfico III), é possível observar a concordância do sofrimento

sócio-relacional (com 65%), seguida do sofrimento psicológico, pelo que se poderá concluir que é esta a dimensão mais significativa do sofrimento em ambos os intuitos de tratamento.

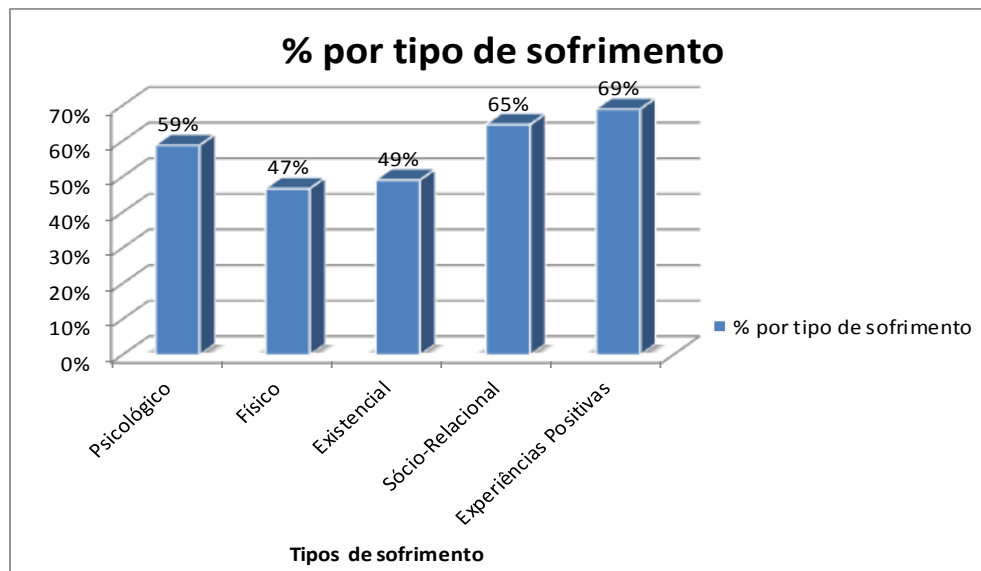


Gráfico 3- Dimensões do sofrimento em indivíduos em tratamento curativo.

É possível também concluir a existência de mais experiências positivas do sofrimento. Apesar do estudo não ter sido efectuado comparando faixas etárias, observando a idade em média superior nos indivíduos em tratamento paliativo, O estudo de Gameiro (1999, p.175) conclui que “os que mais sofrem ao nível existencial são os doentes dos grupos etários mais avançados”, pela tendência em centrar-se na própria doença, nas estratégias de confronto, exacerbando-se a angústia existencial pelas limitações pessoais e dependência dos outros.

4.4- Discussão dos resultados

Os dados obtidos estão de acordo com a pesquisa bibliográfica, nomeadamente com o estudo de Apóstolo, Batista, Macedo e Pereira (2006). Estes autores destacam do seu estudo, também na população Portuguesa (em mulheres a realizar quimioterapia, com cancro da mama ou ginecológico), a predominância dos itens relativos ao sofrimento Sócio-Relacional⁵; Acrescentam ainda que as doentes “sofrem por se aperceberem do sofrimento causado pelo processo da sua doença aos seus entes mais próximos” (Apóstolo, Batista, Macedo e Pereira (2006). Também neste estudo não foi evidenciada nenhuma correlação com a idade.

Também Ferreira (2009), analisou o sofrimento de 84 mulheres mastectomizadas portuguesas submetidas a quimioterapia para verificar em que medida o apoio social, a morbilidade física e psicológica e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas estão relacionadas com esse sofrimento. No seu estudo concluiu que estas mulheres vivenciam maior sofrimento psicológico e sócio-relacional e menos experiências positivas do sofrimento (utilizando o mesmo instrumento de colheita de dados). Concluiu ainda que as mulheres que possuem formação académica mais elevada sofrem menos e verifica-se que à medida que vão aumentando os ciclos de quimioterapia, percebem maior sofrimento. Gameiro (1999, p.176) concluiu o mesmo com “diferenças significativas principalmente em relação aos doentes com menor escolaridade, que se revelaram (...) como sendo os mais sofredores”. Quanto à conclusão de Ferreira (2009) relativa ao número ciclos de quimioterapia (e partindo do pressuposto que as pessoas em programa de tratamento paliativo realizam maior número de tratamentos), há uma tendência concordante para o aumento do sofrimento físico (gráfico III). Outra conclusão pertinente que esta autora apurou (e apesar de também não estudada aqui), foi possível empiricamente nas consultas de enfermagem que quanto maior o apoio social menor é o sofrimento; e que as doentes com morbilidade física e psicológica mais intensa apresentam maior sofrimento, tal como as mais velhas e as não casadas. Este estudo complementou e

⁵ “43- Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente; 44- Penso que vou melhorar; 2- Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença; 22- A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas; 25- Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de adoecer; 12- Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto e 1- sinto-me mais cansada desde que estou doente. À excepção dos itens 1 e 44, todos os outros estão relacionados com a preocupação de o seu estado de doença ser um entrave à sua vida pessoal e profissional ou constituir uma sobrecarga para as pessoas mais próximas que são aspectos do sofrimento empático” p.59.

orientou as conclusões obtidas neste estudo no sentido de dar resposta à questão, por orientar as áreas mais sensíveis e pertinentes às intervenções de enfermagem para alívio do sofrimento (precisamente na área da saúde mental, referindo que os profissionais “devem orientar os seus cuidados no sentido de aliviar o sofrimento psicológico e sócio-relacional que são, muitas vezes, remetidos para segundo plano ou frequentemente esquecidos” (Ferreira, 2009, p.73.). A autora encontrou uma correlação significativa entre o aumento da idade e a vivência de maiores índices de sofrimento, o que não está evidenciado nos resultados obtidos aqui.

Também Alves, Jardim e Freitas (2012) realizaram um estudo acerca da percepção do sofrimento nas várias dimensões no doente oncológico em situação paliativa e concluíram (utilizando o IESSD) que os doentes evidenciaram níveis intermédios de sofrimento global, existindo correlação positiva entre a idade e a dimensão do sofrimento sócio-relacional.

4.5- Pertinência dos dados para as intervenções de enfermagem no alívio do sofrimento

Evidenciado o sofrimento sócio-relacional como uma das dimensões mais significativas, o enfermeiro deverá direccionar a sua intervenção para o alívio deste. A relação de ajuda deve centrar-se nos princípios já mencionados, direccionada para a gestão emocional, incluindo no entanto algumas directrizes particulares que contribuíram em muito para uma intervenção mais eficaz:

- É importante averiguar em específico sentimentos de culpa e sobrecarga percebidos pela pessoa face aos familiares (visto ser uma das preocupações manifestadas);
- É importante incluir os familiares na avaliação, percebendo as suas concepções, crenças e sentimentos face à pessoa com doença oncológica;
- Deve averiguar-se crises familiares anteriores e que recursos e estratégias de resolução emergiram, bem como os papéis assumidos por cada elemento;
- Estar disponível para ajudar a pessoa e família a encontrarem formas de partilha de sentimentos, comunicação clara e assertiva das necessidades de cada elemento e reorganização de expectativas e rotinas face ao momento de crise;
- Perceber e dar a conhecer recursos familiares e sociais de apoio aos familiares das pessoas com doença oncológica;
- Abordagem das relações familiares e a partilha dos sentimentos entre as utentes na intervenção em grupo, pelos benefícios comprovados da partilha de situações semelhantes, fazendo emergir novas estratégias de comunicação e resolução de problemas;

5- QUESTÕES ÉTICAS

Desde o início do planeamento do projecto que as questões éticas foram uma premissa constante. O código deontológico do enfermeiro (2009) foi a base de sustentação de toda a intervenção (art. 78.º, 79.º, 81.º, 82.º, 83.º, 84.º, 85.º e 86.º). Dos valores universais, sobretudo da dignidade humana e dos direitos (à vida e qualidade de vida, ao cuidado, informação, sigilo e intimidade) são os que mais se evidenciaram sempre na tomada de decisão e no planeamento dos cuidados. Não só no cuidado directo ao utente e família, mas também na articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar e respectivos representantes ou comissões das instituições. No que se refere à colheita de dados, foi pedida autorização via *e-mail* ao autor da escala IESSD (anexo 10), onde foram expostos os objectivos e finalidade da sua utilização. Apenas após obtenção desta autorização foi dada continuidade para prosseguir. Para a implementação deste IESSD no Hospital de Dia de Oncologia foi exposto à Comissão de Ética o projecto, enquadrando o motivo pelo qual seria pertinente aplicar este instrumentos nas pessoas que frequentavam esta unidade e durante o período de tempo definido. Foi obtida esta autorização (anexo 12). Também no inquérito distribuído com o IESSD, foi solicitado o preenchimento do consentimento informado para participar no estudo (em anexo 13).

Ao longo de toda a intervenção os princípios da beneficência, não maleficência e respeito pela autonomia da pessoa foram tidos como máxima. A privacidade, respeito pela tomada de decisão e sigilo foram também constantes (locais fechados, circuito de informação cuidado, sem divulgação de informação para além dos profissionais de saúde estritamente necessários). Na participação do grupo de suporte a mulheres com cancro da mama, estas questões têm particular importância, daí ser condicionante básica (abordada desde o início) a não partilha de informação para além do contexto do grupo (dos profissionais e das próprias utentes).

No que diz respeito à intervenção no primeiro contexto de ensino clínico, os dados obtidos das pessoas eram transmitidos apenas aos profissionais de saúde implicados directamente no cuidado, não sendo divulgada informação sigilosa que a pessoa partilhou num contexto específico de uma relação de ajuda. No caso da

enfermagem de ligação não eram registados alguns dados no sistema informático propositadamente, pois todos os funcionários do hospital têm acesso, assegurando a confidencialidade dos dados e a privacidade da pessoa. Também a ligação constante que existia com os psiquiatras que davam apoio ao serviço de internamento de psiquiatria, para o encaminhamento de situações que não eram contempladas pela esfera de competências do EEESMP (como por exemplo necessidade de prescrição de terapêutica). Na realização do grupo de Suporte da Unidade da Dor, as questões da privacidade e confidencialidade da informação foram desde a primeira sessão divulgadas como cruciais ao longo do grupo. Para isso realizou-se um contrato terapêutico que incluía estas questões e que foi devidamente explicitado e assinado por todas as utentes (anexo 16). Antecipando a necessidade expressa pelas utentes, houve a preocupação de assegurar a continuidade dos cuidados, sendo oferecida a possibilidade de acompanhamento pela EEESMP em regime de consulta de ajuda, de forma individual.

Pela importância atribuída a estas questões, foi feito sempre um esforço por cumprir com o que se considerava mais correcto. O acompanhar desde o início até ao final os grupos de suporte iniciados, mesmo para além dos tempos de ensino clínico previamente balizados, é prova disso. Nesta altura foi solicitada autorização à chefia das unidades onde decorriam os grupos, utilizando como argumento estas questões éticas e a importância de acompanhar o grupo ao longo de todo o seu percurso.

6- LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS

Como em todos os percursos, acabam por existir alguns obstáculos que nos fazem contorná-los e encontrar outros caminhos (que muitas das vezes são ainda mais satisfatórios). Desta forma, as limitações encontradas não foram vistas no verdadeiro sentido da palavra, mas sim olhadas como alavancas para outros horizontes. No entanto podem ser identificadas limitações a nível organizacional (das instituições), da operacionalização do projecto e dos próprios elementos integrantes dos grupos.

No que diz respeito ao Grupo de suporte da dor existiram algumas condicionantes: o facto de ter começado apenas em Dezembro implicou a necessidade de o prolongar, implicando flexibilidade para conciliar dois locais de ensino clínico em simultâneo. Por outro lado, baseado na experiência anterior que a EO teve na realização do grupo (e pelo conhecimento das condições socioeconómicas das doentes), foi necessário estender no tempo e diminuir a frequência que seria idealmente semanal, para quinzenal. Ainda assim não houve a assiduidade esperada de todos os elementos do grupo, tendo uma das utentes desistido logo após a primeira sessão. Talvez esta situação estivesse relacionada com o interesse e motivação em participar no grupo, o que alerta para a importância da avaliação da motivação dos elementos a integrar no grupo. Em termos de limitações dos próprios elementos do grupo, referem-se situações clínicas que necessitaram de atenção (a cirurgia de um familiar num dos casos e à própria noutro) e a necessidade de dar suporte familiar à filha noutro dos casos. Também algumas condições físicas (como outras patologias associadas) para além da fibromialgia, impediram por exemplo a exploração de alguns exercícios que estão provados em termos da investigação como sendo eficazes no alívio da sintomatologia da fibromialgia. No entanto estas limitações funcionaram como um factor motivacional ainda mais intenso para cada uma das sessões planeadas.

No que diz respeito à operacionalização do projecto, a colheita de dados iniciou-se cerca de um mês depois do preconizado por falta de compatibilização de horário da equipa para a sua apresentação formal. No entanto, como o estudo não tinha uma intencionalidade estatística, não se objectivou como um obstáculo. No que respeita à projecção de iniciar um grupo com pessoas em cuidados paliativos, foi

afastada por circunstâncias organizacionais. Nas consultas de enfermagem o meu défice de conhecimento relacionado com as questões da oncologia e mais especificamente a quimioterapia, atrasaram um pouco a minha autonomia na realização destas (onde as pessoas também expectavam ver esclarecidas as suas dúvidas relacionadas com esta temática). No entanto esta sensação funcionou como estímulo para aumentar o conhecimento global (não só do âmbito da saúde mental).

Na participação no grupo de suporte a mulheres com cancro da mama, a selecção também poderia ter sido feita mais precocemente. No entanto o carácter pontual dos tratamentos e a manutenção na maior parte dos casos de uma vida profissional activa por parte das utentes não era facilitadora deste momento de avaliação e participação no grupo. Ainda assim, existiram algumas pessoas a recusar a participação, sobretudo pela falta de sensibilização para as questões da saúde mental e por não “verem necessidade ainda”. Por outro lado, a inclusão dos elementos do grupo foi extremamente pertinente e permitiu que o grupo se desenvolvesse e se potenciase a cada sessão, pela intensa motivação e sensibilidade às questões da saúde mental que os elementos apresentavam. Ainda outra situação prende-se com a não comparência em algumas sessões de uma utente que se encontrava a fazer quimioterapia, coincidindo algumas destas sessões nos dias de mais intensa sintomatologia (e que a limitavam). Esta situação funcionou como alerta para uma mais cuidadosa programação das sessões de grupo em virtude das condições particulares de cada elemento. Por último, mas não menos importante são de salientar as minhas questões internas, que foram sempre encaradas não como limitação, mas como desafios permanentes. O cansaço, o medo do desconhecido de intervir numa área que não dominava, a continuidade de turnos, necessidade de prolongar o tempo de acompanhamento dos grupos, a distância entre todos os locais, foram sem dúvida os maiores desafios encontrados. No entanto o estímulo da aprendizagem e o crescimento pessoal e profissional foram as melhores recompensas.

7- CONCLUSÃO

Este documento tem como pretensão demonstrar um percurso de aquisição de competências de EEESMP, muito para além da metodologia inicialmente proposta. Por este motivo foi uma tarefa árdua condensar nestas páginas uma aprendizagem de quase seis meses. Sob pena de não revelar tudo o que foi importante neste crescimento foram aqui descritos os aspectos considerados mais significativos, que dessem resposta tanto à inquietação inicial sentida, bem como ao desenvolvimento das competências de EEESMP necessárias. A experiência de internamento de psiquiatria permitiu olhar para a pessoa com doença mental com a conjugação de vários componentes (internos e externos) e quais as respostas possíveis na perspectiva de EEESMP. Também a área da enfermagem de ligação superou positivamente as expectativas. Olhar como inseparáveis a doença física com a saúde mental (ou o desvio desta) foi sem dúvida um desafio e uma mais-valia para compreender a resposta emocional à doença. A oportunidade de intervir em grupo com pessoas com dor crónica (apesar de não estar planeado inicialmente) foi um excelente veículo de desenvolvimento de competências, sustentado pela ligação que existe entre dor crónica e o sofrimento. Assim, a gestão emocional surge com resposta necessária e para a qual se direccionou a intervenção.

No hospital de dia de Oncologia, foi dada continuidade ao desenvolvimento de competências direccionadas para esta gestão emocional. Num âmbito diferente, a oncologia, surgiu como desafio pessoal e profissional. As questões pessoais, a reflexão constante, a pesquisa e discussão com a EO permitiram percorrer o caminho traçado. Individual e em grupo, a intervenção foi desenvolvida no sentido do *empowerment*. Viver a doença física, otimizando a saúde mental é permitir que este processo saúde-doença se desenrole com a melhor qualidade de vida, transformando o sofrimento numa experiência o menos destrutiva possível. O sofrimento como foco de intervenção de enfermagem foi, efectivamente, o motor propulsor de um constructo de conhecimento articulado entre teoria e prática. Percorreram-se caminhos paralelos, entre a oncologia e a dor crónica, a doença mental e a doença física, que no fundo não diferem no fim último da intervenção do EEESMP, mas apenas nos contornos da abordagem terapêutica. Os objectivos propostos consideram-se atingidos, não limitados num percurso inicialmente

planeado, mas ponderados e reformulados à medida das necessidades (permitindo também assim desenvolver resiliência e flexibilidade). As respostas terapêuticas encontradas focaram-se na intervenção individual e/ou de grupo. Os resultados obtidos através da implementação do IESSD foram importantes para a abordagem do sofrimento sócio-relacional, planeando intervenções mais direccionadas para esta dimensão.

O instrumento transversal à prestação de cuidados foi o “eu” que foi trabalhado e esculpido de forma a dar a melhor resposta, com os contributos de pesquisa bibliográfica e a reflexão com as EO. O veículo desta intervenção foi a relação de ajuda, acreditando sempre na tendência actualizante da pessoa cuidada, da qual Rogers e Chalifour foram inspiradores. Também Jean Watson, na sua teoria do cuidado transpessoal, foi um pilar desta intervenção. No que diz respeito ao estabelecimento da relação de ajuda, considera-se ter alcançado, mais do que os objectivos propostos, aquilo que verdadeiramente se ambicionava: uma maior competência, quiçá “proficiência” e em alguns aspectos “perita”. Neste sentido, para além dos indicadores que se foram obtendo ao longo do ensino clínico, as mudanças na prestação de cuidados e na capacidade de intervir junto da equipa foram os maiores “sucessos” alcançados. O sentimento de maturidade, maior capacidade de ajuda e de fazer a diferença perante o sofrimento do outro, foi o que fez verdadeiramente valer a pena esta escalada. Há no entanto um longo percurso, nunca terminado, a percorrer. Porque o cuidar de Watson é sempre um “ponto de partida” de uma “mudança positiva” para o bem do outro é, invariavelmente, específico e diferente perante o ser humano a cuidar.

Em jeito de sugestão prospectiva, o sofrimento, deve continuar a ser assumido como um foco de intervenção específico da enfermagem, como sugere Watson (2002). A exploração e criação de novos instrumentos que o avaliem podem trazer conclusões importantes. Poderá também ser utilizada uma metodologia qualitativa no sentido de avaliar as experiências de sofrimento e/ou as intervenções do EEESMP no alívio deste, através da análise de verbalizações dos participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M.L.S.D., Jardim, M.H.A.G., Freitas, O.M.S. (2012), Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Referência. III Série*, 8, p.115-124
- Apóstolo, J.L.A, Batista, A. C., Macedo, C.M.C. & Pereira, E.M.R. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Referência*, 2, 55-64.
- Barbosa, A (2006). - Sofrimento. In: Barbosa A; Neto, I. G. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa..p. 397-417
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Bozarth, J.(2001). *Terapia Centrada na Pessoa: Um paradigma revolucionário*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa
- Buckman, Dr Robert. (1992) *How to break bad news – a guide for health care professionals*. Inglaterra: Pan Books
- Cardoso, A. e Ribeiro, A.L. (2008) – Olhar o sofrimento e luto sob o prisma da espiritualidade. *Enfermagem Oncológica* (43/44) p. 8-18.
- Carvalho, J. M. S. (2010). Enfermagem Psiquiátrica de consultadoria e ligação: competências do enfermeiro consultor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (3). 36-41
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas
- Coward, D.D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: II. *Oncology Nursing Forum*. 30. 291–300.

Decreto-lei n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da república 2ª Série, N.º 35 (18-02-2011) 8669-8673

Deegan, G. (2003). Discovering Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 26 (4). 368-376.

Durá, M.R.D.E. (Coord.) (2001). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores

Elklit, A.; Blum, A.(2011). Psychological adjustment one year after the diagnosis of breast cancer: A prototype study of delayed post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 50. 350-363.
DOI:10.1348/014466510X527676

Farajdegan, Z.; Tehrani, A.M.; Rajabi, F.M.; Zamani, A.R. (2011). Belonging to a peer support group enhance the quality of life and adherence rate in patients affected by breast cancer: a non-randomized controlled clinical trial. *Journal of Research in Medical Sciences*.16 (5). 658-665.

Ferreira, F. C. M. (2009). Sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia. *Referência II*. 10. 65-76

Ferreira, R.S.E. (2014). *Significados de empowerment psicológico na experiência de doença oncológica: Reiki como técnica promotora – Um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Gameiro, M.H. (1999). *O Sofrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto

Gardner (1992). Psychological care of neuro-oncology patients and their families. *British journal of nursing*. vol:1 (11) pg:553 -556

Gerra, M. P., Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. 2ªEd. Lisboa: Temas e Debates

Goleman, D.(1998). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores (Tradução do original Emotional Intelligence, 1995)

Helgeson, V.S; Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational and Intervention Research. *Health Psychology*. 15 (2). 135-148

<http://www.salon.com/1999/06/28/emotional/>, acessido a 3 de Julho de 2013.

International Agency for Research on Cancer. (2010). *Globocan 2008 - Portugal*. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>

International Council of Nurses (2011) - *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Joyce-Moniz, L. e Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde – Desenvolvimento e Intervenção*. Porto: Edições ASA.

Koffman, J.; Morgan, M.; Edmonds, P.; Speck, P; Higginson, I. (2012). The greatest thing in the world is the family: The meaning of social support among black Caribbean and white British patients living with advanced cancer. *Psycho-Oncology* 21. 400-408. DOI: 10.1002/pon.1912

Landeiro, E. (2011). *Significações, Reacções Familiares, Avaliação, Apoio à Doença e Luto*. Disponível em www.psicologia.pt, acessido a 2 de Fevereiro 2014.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Marques, A.R *et al* (1991). *Reacções emocionais à doença grave: como lidar...*Coimbra: Psiquiatria Clínica

Matos, M.A. (2010). *Informação ao doente oncológico. – Validação da versão Portuguesa do questionário EORTC QLQ-INFO26*. Mestrado de Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Universidade de Lisboa. Lisboa

- McIntyre, T.; Fernandes, S.; Pereira, M.G. (2001). Intervenção Psicossocial Breve em Situação Oncológica em Contexto de Grupo. In: M.R. Dias e E. Durá (coord). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi. 281-302
- Menezes, M.L.B. & Bruges, P. (2006). *Mastectomia e Autoconceito*. Loures: Lusociência
- Mok, E. (2001). Empowerment of cancer patients: From a Chinese Perspective. *Nursing Ethics*. 8(1). 69-76.
- Mok, E.; Martinson, I.; Wong, T.K.S. (2004). Individual empowerment Among Chinese Cancer Patients in Hong Kong. *Western Journal Nursing Research*. 26 (19). 59-75.
- Nail, L. (2001). I'm Coping as Fast as I Can: Psychosocial Adjustment to Cancer and Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*. 28 (6). 967-970.
- Oliveira, I. (2004). *Vivências da Mulher Mastectomizada. Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo*. Porto: ESEnFIC
- Ordem dos Enfermeiros. (2010) *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa. Disponível a 1 de Julho de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Pais-Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA
- Pais-Ribeiro, J.L. (2009). *Coping: estratégias de gestão do stress*. *Health and Wellness*. P.28-29
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 5(2). 229-239.

- Pais-Ribeiro, J.L.; Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica* XIV(4), 67-77
- Pereira, Maria Aurora. (2008) *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Pereiras, A.A., Sanchez,N. G. e Braga, A.A. (2007) – O Sofrimento como consequência da doença neuro-oncológica: o papel do enfermeiro. *Enfermagem Oncológica* (38) p. 10-17.
- Phaneuf, Margot (2002) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phelpsa, C., Bennett, P. e Brain, K (2008)- Understanding emotional responses to breast/ovarian cancer genetic risk assessment: An applied test of a cognitive theory of emotion. *Psychology, Health & Medicine*. 13 (5) p. 545–558
- Raminhos, J.A.V.B. (2003). Impacto do diagnóstico de doença oncológica no indivíduo. *Enfermagem Oncológica* (26 e 27). p. 26-30.
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edual (Tradução do Original Client-Centered Therapy).
- Sá, E. M. C. S. (2001). *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Sá, S.D., Werlang, B.S.G, e Paranhos, M.E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de terapias cognitivas* [online]. 4 (1) ISSN: 1808-5687. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a08.pdf>
- Santos, Z. (1995). Reações emocionais e Apoio Psicológico ao Doente grave. *Cuidar* (2).
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática Clínica*. Coimbra: Quarteto Editora

- Serrão, D. (1995). A Eutanásia e o Direito de não Sofrer. *Cadernos de Bioética: Sofrimento e Dor* (9). Coimbra: Edição CEB. 29-34
- Sharrock J., Grigg M., Happell, Keeble-Devlin e Jennings (2006). The mental health nurse: A valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing* (15), 35–43. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2006.00393.x
- Shiloh, Koehly, Jenkins, Martin e Hadley (2008) - Monitoring coping style moderates emotional reactions to genetic testing for hereditary nonpolyposis colorectal cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology* (17) 746–755
- Silva, I., Ribeiro, P. J., Cardoso, H. (2006). Contribution to the adaptation of the Hospital Anxiety and Depression Scale to Portuguese population with chronic diseases. *Psychologica*, 41, 193-204
- Stang, I.; Mittelmark, M.B. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing Inquiry*. 17 (1). 46-56
- Stuart, G.W., Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(2), 41-49.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watt, Gillian Van Der (2010). Consultation–liaison nursing: A personal reflection. *Contemporary Nurse* .34(2) p.167–176
- Wright, L. (2005) - *Espiritualidade, sofrimento e doença*. Coimbra : Ariadne Editora
- Zimmerman, M.A (1995). Psychological empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*. 23. 581-599
- Zwahlen, D.; Hagenbuch, N.; Carley, M.I.; Jenewein, J.; Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners – effects of role, gender and

the dyad on couples's posttraumatic growth experience. *Psycho-Oncology*. 19. 12-20. **DOI:** 10.1002/pon.1486

ANEXO

EADS-21

Nome _____ Data ___/___/___

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

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Sentia minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e me lúcido	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Sentia lateirações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Fonte: Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004

**Anexo 2- Reflexão acerca dos sentimentos despertados na interacção com
pessoas em sofrimento pela experiência de doença mental**

(...) A entrevista foi primeiramente realizada ao pai do A., um rapaz de 28 anos, com uma perturbação bipolar, fase mista. O Sr A. (mesmo nome do filho) era divorciado há mais de 10 anos e vivia com a filha. O A. residia com a mãe, que actualmente tinha ido trabalhar para o Algarve, motivo pelo qual ficou há 10 dias com o pai. Existem já internamentos anteriores, sendo que há 2 anos que o pai referia que o A. se encontrava mais controlado. Esta doença terá sido desencadeada pelo consumo de substâncias psicoactivas no início da idade adulta. Enquanto aderiu à terapêutica, o A. funcionava relativamente bem, com dificuldade no entanto de encontrar trabalho na sua área, cinema. Ultimamente, sendo o próprio A. a gerir a sua medicação (e não dando espaço a mais ninguém para o fazer), resolveu abandoná-la. Não dormia há várias noites e quando o fazia acordava muito cedo e deambulava pelas ruas sem propósito aparente, com um comportamento sugestivo de sintomatologia psicótica. A relação com a irmã (anteriormente boa e progressivamente pior) e com o pai era bastante conflituosa. O pai manifestava um sofrimento evidente ao fornecer-nos estes dados. Dizia que o A. quando estava em casa, ligava a música alto às 2h e quando intervia para que ele baixasse o som, o comportamento ainda era pior. Teve naquele dia de o enganar para o conseguir conduzir à urgência. O A. aceitou por fim ficar internado. Foram apurados mais alguns dados relativos à história da doença do A. e do suporte familiar e social. Quando o pai abandonou o serviço, fomos pedir ao A. para falar um pouco connosco, ao qual acedeu. Apresentava-se com um humor francamente oscilante entre o rir e o chorar, com escasso contacto visual, atenção difícil de captar, fuga de ideias e aparente actividade delirante de conteúdo persecutório dirigido ao pai, verbalizando que é ele que “não me deixa viver, torna a minha vida num inferno”, “ele é doente, convence toda a gente do que quer”. Quando questionado acerca da sua rotina diária apresenta ideias megalómanas, referindo que escreve sinopses para os álbuns que grava e que faz cinema, estando muito ocupado. No entanto, quando se aborda o assunto emprego, começa a chorar, verbalizando que já procura há imenso tempo sem sucesso. Toda esta ambivalência me faz sentir algo insegura, pois sei que ainda não sou capaz de conduzir a entrevista de forma sucinta, sem estimular actividade delirante, mas de forma a obter os dados necessários para prestar cuidados. Discuti posteriormente com a EO a necessidade de se cruzarem os dados colhidos pelos outros técnicos de saúde, com os dados colhidos da entrevista que é possível realizar à família. Nestas

situações, a entrevista com o A., seria mais no sentido de validar a presença ou não de alguma sintomatologia e perceber como é que a pessoa se sentia face à sua situação e ao internamento (caso haja algum *insight* para tal). Concluí também que nesta fase é importante transmitir segurança à pessoa, de forma a se poder iniciar uma relação de confiança, indispensável ao estabelecimento de uma futura relação de ajuda. Esta situação foi importante para perceber que me sinto mais desconfortável com estas pessoas, pela sensação de eventual falta de controlo. Não é medo da heteroagressividade (até porque o A. não a evidenciava), mas é receio de não dirigir a entrevista de forma assertiva e pertinente, sem prejudicar a pessoa. No entanto a sistematização realizada com a EO clarificou o que é importante nestas situações num primeiro contacto, com a certeza de que com experiência, irei conseguir fazê-lo de forma cada vez mais eficaz.

**Anexo 3 – Exemplo do planeamento de uma intervenção de âmbito
psicoterapêutico**

Após a avaliação da D.A, constatam-se sentimentos de auto-desvalorização e inutilidade, culpa (trair a confiança do filho), bem como alguma deterioração cognitiva (confirmada pela aplicação do MMSE, com score de 16, que sugere uma deterioração cognitiva grave). No entanto este score deverá ser considerado neste período pós-crise e reavaliado posteriormente.

Diagnósticos de Enfermagem:

- Humor deprimido em grau elevado
- Vontade de viver diminuída em grau elevado

Fundamentação da Intervenção

Pelo referido, pretende-se intervir com a D.A., no sentido de aumentar a sua auto-estima, auto-eficácia e valorização pessoal, recorrendo ao passado para tentar mobilizar estratégias para o futuro (adaptadas à sua actual condição).

A terapia de Reminiscência consiste no acesso à memória autobiográfica e, de acordo com Camara *et al.* 2009, valoriza a pessoa através do seu conhecimento a respeito do seu passado, permitindo a orientação para o presente. Cappeliez *et al.* (2005) também defendem a eficácia da terapia da reminiscência, postulando que o processo e as suas diferentes formas estão relacionados com a saúde mental das pessoas idosas, ao promover o bem-estar e a satisfação de vida. Em quadros de funcionamento patológico, a TR pode ser utilizada para estimular o funcionamento cognitivo de idosos com demência, diminuir a incidência de sintomatologia pós-traumática, atenuar o isolamento social, auxiliar o processo de luto e diminuir a sintomatologia depressiva (Bohlmeijer *et al.*, 2005 citados por Gonçalves e Martin, 2007).

A prática da terapia da reminiscência faz-se com objectos importantes e lembranças significativas da vida, como por exemplo, canções antigas, cartas, fotos, discos, presente, álbum de família, filmes, jornais e/ou músicas, os quais são a solicitados às pessoas e/ou familiares. Mais importante do que a pessoa descrever factos pormenorizadamente ou ordenados cronologicamente, é o que isso significa para ela e como a faz sentir. Esta estratégia terapêutica é utilizada em diferentes contextos de trabalho, quer em moldes interventivos (promovendo a interação em contextos institucionais ou adaptação às transições de vida), quer em modos

preventivos (isolamento social, depressão, por exemplo) como referem Nawate, Kaneko, Hanaoka e Okamura (2008).

Neste âmbito de intervenção, é direccionada para a resolução de problemas de pessoas com perturbações psíquicas leves que precisam de apoio para lidar com transições de vida ou adversidades. Tem como objectivos, restaurar um sentimento de identidade positivo; ajudar as pessoas a obter a introspecção da sua evolução ao longo da vida e ajudar a concentrarem-se nos repertórios de *coping* bem-sucedidos no passado e nos valores que as guiaram ao longo da vida facilitando a adaptação no presente.

Quanto às significações atribuídas às memórias evocadas, é possível identificar vários tipos de reminiscência, segundo a classificação de Wong e Watt (1991):

- Integradora – representa uma reconciliação com o passado, aceitação de factos de vida negativos e resolução de conflitos. A sua função é obter um sentido de autovalorização;
- Instrumental – retirar das experiências passadas os meios para resolver os problemas actuais, contribuindo para a percepção subjectiva de competência e continuidade;
- Transmissiva – existem referências a práticas, saberes e valores passados, a fim de transmitir heranças culturais e pessoais;
- Escapista – afirmações que evidenciam factos passados agradáveis, revelando o desejo de voltar aos “bons velhos tempos”;
- Obsessiva – descrições referentes a sentimentos de culpa face ao passado, evidenciando um fracasso de experiências passadas, resultando em “ruminações”. Indica insucesso na integração de experiências passadas;
- Narrativa – representações apenas descritivas e não interpretativas do passado, fornecendo informação biográfica.

Segundo Burnside (2005), cit. por Gonçalves (2007), a utilização da terapia da reminiscência, geralmente pressupõe a utilização de temas distintos em cada sessão, sendo habitualmente relacionados com acontecimentos de vida ou objectos significativos. De acordo com Bohlmeijer, Valenkamp e Westerhof (2004), a adição de estratégias no sentido da promoção da expressão criativa na terapia de reminiscência, tais como poemas ou desenhos, sugere aumentar a sua eficácia. A combinação da evocação guiada de memórias com a expressão através da

metodologia plástica, proporciona à pessoa uma forma de representação alternativa, assumindo o simbolismo que acompanha os acontecimentos de vida de cada um.

Neste seguimento, a reminiscência é muito mais do que falar acerca de uma memória. A utilização desta técnica com pessoas com alterações cognitivas e/ou dificuldades na comunicação verbal ganha muita importância, na medida em que estimula outra forma de comunicação, através da estimulação sensorial, do som, do movimento, do cheiro, das superfícies tácteis e da comida, utilizando alguns, ou todos, os cinco sentidos. Os estímulos podem ser inconscientes ou espontâneos e conscientes ou intencionais. No que diz respeito aos estímulos inconscientes, considera-se que estes podem ser mais passivos e menos focalizados no objectivo, podendo surgir através de qualquer modalidade sensorial (através do toque de uma mão, o som de uma campainha, o cheiro da comida, por exemplo). Por outro lado, é possível **solicitar a partilha de uma situação vivida, fazendo uma reflexão sobre experiências passadas por um determinado motivo**. Nesta categoria de estímulos intencionais, encontramos processos de evocação deliberados. As características subjacentes a este processo de reflectir sobre o passado, são moldadas por factores socioculturais, através da interacção contínua do sujeito com o seu meio, num processo dinâmico. Sediada em fundamentos psicodinâmicos, as suas formulações iniciais apelavam para a resolução de conflitos no passado, com o intuito de diminuir eventual mal-estar no presente (Butler, 2002, cit. por Marques, 2012).

Com o intuito de uma perspectiva integradora e instrumental (Wong and Watt, 1991), pretende-se que a D.A obtenha um sentido de auto-valor, coerência e reconciliação com o passado. Pretendem-se alcançar afirmações que indiquem a aceitação do passado como algo válido; reconciliação de discrepâncias entre o ideal e a realidade, aceitação de factos da vida negativos e resolução de conflitos passados.

Objectivos gerais:

- Promover o bem-estar e sentimentos de autovalorização
- Melhorar a função cognitiva

Objectivos específicos:

- Evocar memórias passadas, com auxílio do enfermeiro acerca de reuniões de família;
- Utilizar a arteterapia como metodologia para o simbolismo, ampliando esta experiência (construção do quadro familiar);
- Incentivar a expressão de sentimentos associados a estas memórias;
- Aumentar a consciencialização de eventuais conflitos familiares, de forma a permitir a sua resolução (em relação ao filho e marido).

Material: Cartão, Papéis de cor, Lápis e marcadores, Tesoura, Imagens de reuniões familiares

Duração: cerca de 1h

Local: Sala de Terapia Ocupacional

Realização da sessão:

Será introduzida a actividade, explicando os objectivos de evocar memórias, aumentar o bem-estar e sentimentos de autovalorização. Posteriormente serão mostradas algumas fotografias de reuniões familiares de forma a evocar memórias das suas próprias reuniões familiares. Será pedido para descrever os elementos (características e relação com a D. A.), que considera como família e identifica-los nos recortes previamente preparados (devido aos tremores que apresenta nas mãos não será indicado a manipulação de tesouras). Durante a construção do quadro familiar, será pedido para evocar memórias e sensações que estavam presentes nessas reuniões de família. No final serão sistematizadas algumas ideias mais relevantes para a D.A.

Bibliografia:

Camara, V., Gomes, S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S....& Fonseca, A. (2009). Reabilitação Cognitiva das Demências. *Revista Brasileira de Neurologia*. 45(1) 25-33.

- Cappeliez, P., O'Rourke, N. & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health*. 9(4) 295-301.
- Gonçalves, D. & Martín, I. (2007). Intervenção na Depressão Geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumento*. 25(51). 371-384.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P. & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*. 1(XXVII) 101-110.
- Marques, A. (2012). *Terapia de Reminiscências: Projecto de Intervenção*. Dissertação de mestrado. Apresentada no Instituto Politécnico de Viseu
- Mental Health Assessment Tools Review Group (2012). Second Edition. *Mental Health Assessment Tools*. Acedido 05-11-2012. Disponível em: <http://www.lenus.ie/hse/>
- Okamura, H., Hanaoka, H., Kaneko, F. & Nawate, Y. (2008). Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home: a preliminary report. *Physical & Occupational Therapy in Geriatric*. 26(3) 57-68. **DOI:**10.1300/J148v26n03_04.
- Wong & Watt (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6, 272-279.

Anexo 4- Reflexão acerca da interação com o Sr. R., no âmbito da consulta de ajuda

O Sr R. é um senhor de 55 anos, paraplégico desde os 18 anos após um acidente de viação, com um suporte familiar e social frágil. Cuidador do pai até à sua morte, é também casado com uma senhora com uma Depressão Major (que neste momento não realiza qualquer tarefa doméstica e cuja mãe adoptiva, também doente oncológica, reside com eles). O Sr. R. tinha expectativas diferentes em relação a este casamento, pois pensou que teria alguém que cuidasse dele e não o contrário. No entanto, com o tempo foi-se apercebendo que seria maioritariamente ele a gerir a casa e a dinâmica familiar, sem nunca ter tido coragem de terminar este relacionamento (embora já tenha manifestado em tempos vontade de o fazer). Mais recentemente, o suicídio da irmã do Sr. R. (com quem mantinha uma relação muito forte) deixou-o deveras triste, com menor força anímica para viver (segundo Watson) e questionando mais o propósito desta vida. É um senhor católico praticante, que encontra na religião um pilar para suportar as suas vivências negativas. Há cerca de um ano, o Sr. R. começou com uma omalgia direita, o que tem limitado bastante a sua independência na realização das suas actividades de vida diárias. Bastante indeciso quanto à cirurgia, optou por não a realizar (as garantias de melhoria eram escassas e o tempo de reabilitação exigido poderia trazer-lhe ainda mais comorbilidades). O Sr R. contactou a EO e agendou-se uma consulta de Ajuda para o dia em que iria a uma consulta médica. Esta foi a apresentação que a EO me fez do senhor. Disponibilizámos 2h de consulta para que o Sr. R. tivesse espaço necessário para expor as suas actuais emoções e/ou problemas.

Entra-nos pela sala um Sr. R. apesar de tudo sorridente e com ar cuidado. A esposa não entra, prefere ficar na sala de espera. Após os devidos cumprimentos e apresentações, a pergunta geral inicia-se “Então Sr R., como é que se tem sentido”. O Sr. R. conta-nos o quão difícil tem sido sair de casa ultimamente e o esforço acrescido que faz cada vez que é necessário fazê-lo. Refere que antigamente saia de casa, convivia com amigos, cuidava dos seus pássaros e jogava computador. Ultimamente, desde que a irmã faleceu e que iniciou a omalgia, mantém-se cada vez mais no leito (quanto menos mobiliza o ombro, menos dor tem) e recusa os convites dos amigos para os convívios, alegando já não se sentir confortável. O Sr. R. encontra-se bastante cansado, necessitando de fazer várias pausas ao longo da conversa e com um fácies correspondente, um discurso lentificado, com várias pausas sugestivas de lapsos de memória. É necessário ao longo da conversa

reformular e ajudar o Sr R. a recuperar a sua linha de pensamento. Nesta consulta observei e tentei empatizar com o Sr R., tentando absorver o rumo que a EO dava àquela interação. Na verdade, ela dava espaço ao senhor para que exprimisse o que sentia, reformulando e devolvendo a percepção dela. Em termos de intervenção, os principais focos foram a expressão de sentimentos como frustração, cansaço e desesperança, o reforço da necessidade de ajustar a terapêutica antiálgica à sua necessidade de mobilização (e não o contrário) e a evicção do isolamento social. De facto, ao longo da consulta estes pontos foram trabalhados de forma fluída, sempre partindo dos factos que o Sr. R. verbalizava como problema e sempre numa perspectiva de *recovery*, perante a realidade dele, que estratégias poderiam ser encontradas em conjunto para viver o melhor possível (ex: pedir que seja um amigo a levá-lo aos convívios para que não se canse a conduzir). O controlo do *stress* e prevenção de sintomatologia depressiva foram as “*guidelines*” desta consulta. Mais uma vez, discuti a intervenção com a EO e foram sistematizados os pontos supracitados. Senti que durante aquela hora e meia o Sr. R. exprimiu o que sentia e teve oportunidade de reconhecer os seus problemas com outra clareza, bem como a importância de agir no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Definitivamente, esta perspectiva da intervenção de Enfermagem em Saúde Mental faz-me todo o sentido e prova que o acompanhamento por enfermeiros especialistas na área da prevenção é precioso e deveria ser um direito de todos os utentes perante uma situação de doença e sofrimento. O Sr. R. é apenas um (bom) exemplo de como a Enfermagem de Ligação, neste caso na consulta da Dor, é uma área de excelência de intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental, dando consistência à pertinência da inclusão de experiência nesta área no meu projecto.

Anexo 5- Reflexão acerca da primeira intervenção em grupo

O primeiro dia de intervir em grupo chegou. Tudo tinha sido planeado, discutido, justificado, direccionado. No entanto as sensações que se apoderaram de mim foram alvo de reflexão. Ao intervir em grupo, várias são as características que o profissional terá de ter nas primeiras sessões de grupo, como foi pesquisado na fundamentação teórica. “Um dos papéis do dinamizador é o de iniciador e orientador. É esperado que estabeleça as regras básicas, como assiduidade, confidencialidade, funcionamento e objectivo. Neste momento a comunicação é tímida, educada e reservada. As pessoas precisam acreditar e confiar nos outros, e o papel do profissional é mais activo nesta fase, de forma a criar um clima de confiança.

No entanto, também sei que a reacção do grupo é muitas vezes imprevisível e que o grupo tem uma identidade própria, como se de um cardume se tratasse, direccionando-se para onde precisa. É pelo menos fundamentada nesta premissa de “actualização do grupo” que acredito (à luz de uma perspectiva Rogeriana, os grupos têm como função a partilha de experiências, percepções e sentimentos). No entanto, como referem Guerra e Lima (2005) é importante um profissional com conhecimento adequado do problema e da dinâmica de grupos, para que tudo seja planeado (importante gerir o imprevisto no brotar das emoções dos elementos do grupo). E penso que o desafio da intervenção em grupo é precisamente o ser capaz de orientar o grupo, sem o limitar no seu expoente máximo de criatividade e auto-realização. Sentia-me preparada mas muito ansiosa. Nervosa mesmo. Todo o caminho foi uma tortura de pensamentos de catástrofe em relação ao que poderia faltar ou correr menos bem. Por outro lado, sentia que toda a pesquisa, fundamentação e estruturação que tinha feito, bem como a partilha e discussão com a EO me tinham dado ferramentas importantes. Esta ambivalência deixava-me ainda mais confusa e expectante. Ao mesmo tempo, e porque a evolução em termos de autoconhecimento o permite, quase que na aparente contrariedade, procurava-o sentir e intensifica-lo. Sentir em que regiões do meu corpo se manifestava esta ansiedade. Intensificá-la, porque sabia que estes pensamentos pouca razão tinham para existirem e que a tarefa de “missão cumprida” saberia duplamente melhor. Desta forma, demorei-me a perceber que tinha a garganta muito seca, uma sensação de aspereza que só melhorava com a água. A minha frequência cardíaca estava ligeiramente aumentada e o meu estômago tinha um nó. Revi mentalmente o planeamento da sessão: estava tudo planeado, mas e agora? Como dar

continuidade às temáticas? Como introduzir a dinâmica? Certo era que não estava sozinha e esse era provavelmente o factor mais tranquilizador. Tentava evocar desafios semelhantes, mas só me recordava das primeiras apresentações que fiz de trabalhos na licenciatura e ainda assim a sensação de controlo era maior porque a matéria estava estudada e o trabalho tinha sido feito por mim. Aqui é diferente: mesmo com o trabalho de “background” feito, a “matéria-prima” com a qual se trabalha, as pessoas, torna a imprevisibilidade constante.

Ao iniciar a intervenção, sentia a minha voz ligeiramente trémula. Sei que não era perceptível provavelmente ao resto dos elementos mas eu sentia-o. Sentia também as minhas palpitações, não me deixando esquecer que era eu que estava a ser olhada, observada, avaliada. A minha esperança era que acalmasse à medida que o tempo passava. E efectivamente foi acalmando. Para tal contribuiu as preciosas ajudas da EO e a vontade de dialogar que as utentes apresentavam. Da apresentação a pares, foram explorando algumas potencialidades e dificuldades de cada uma, sendo necessário por vezes direccionar o diálogo e ir dando o feedback, valorizando o positivo encontrado.

É difícil equilibrar entre a necessidade de expressão que as pessoas manifestam e a assertividade que é necessária para que se consigam cumprir os objectivos propostos. Percebia claramente que em determinada altura, a descrição exaustiva de algumas ideias fugiam ao objectivo proposto. No entanto, tinha sido algo discutido com a EO, pois nas primeiras sessões de grupo, é importante que as pessoas se sintam ouvidas e que aquele é realmente um espaço de partilha. Assim, o que me pareceu pertinente fazer, foi ir direccionando e valorizando algumas questões em detrimento de outras. Quando a EO me alertou, apercebi-me que este afinal, tinha passado bastante mais tempo do que o esperado. Através de comunicação não-verbal, decidimos passar para a etapa do relaxamento. Estava expectante, mas bastante mais calma. Será que serei capaz de induz o relaxamento em alguém? Mesmo tendo o guião construído e ter realizado várias sessões de relaxamento, serei uma boa “guia”? Pensei no entanto: “Se estiveres contraída, nervosa, com medo, aí sim, não conseguirás transmitir nada de positivo nem cuidar de ninguém. Este pensamento formatou-me e desenvolvi o relaxamento tentando simultaneamente focar-me na minha respiração e também eu relaxar. A verdade é que acabou por correr melhor do que eu expectava. No final da sessão, foi dado

espaço às pessoas para referirem como se tinham sentido. Na verdade, uma a uma disseram o que tinham sentido e o que seria possível de melhorar. Percebi que o foco de som deveria estar mais central, tal como a minha posição na sala. Percebi também o reforço positivo “consegui facilmente ir atrás de um peixinho no mar”; “já não sabia quem estava a conduzir, se a Enf^a Irina, se a Enf^a D.”; “Nem que fosse só por este momento já valia a pena”; “senti-me tão bem”. Bem sei que alguma da gentileza perante o meu papel de profissional de saúde não permitiria críticas muito negativas, mas os comentários que foram feitos foram sentidos por mim como algo construtivo.

Foi interessante também observar outros aspectos de cada elemento a comportarem-se como grupo: as relações de identificações surgidas, as posturas mais directivas ou mais retraídas adoptadas por alguns elementos e a forma de estar em grupo própria de cada um.

No final da sessão, para além do planeado trabalho para casa, foi proposto que cada elemento pensasse na forma como se sentiu durante a sessão de relaxamento. O objectivo será aumentar a consciência da sensação de bem-estar sentida e assim valorizar os benefícios do relaxamento.

A reflexão posterior com a EO ajudou a sintetizar alguns destes aspectos e dar-me uma sensação de confiança. Lembrava-me do comentário de um colega a primeira vez que tinha intervindo em grupo, em que dizia que apesar de não ser fácil e de nos colocar à prova, a adrenalina sentida oferecia depois uma sensação muito agradável. Ao realizar os registos de cada elemento (em anexo) foi aumentada a consciencialização do individual no grupo e o que seria pertinente desenvolver em sessões futuras.

Esta reflexão permitiu-me aumentar a consciência de mim, num novo papel assumido. Numa próxima sessão espero estar mais desperta para o outro e menos focada nas minhas sensações e emoções, de forma a poder dar mais e melhor.

Anexo 6- Reflexão acerca do impacto pessoal da área de oncologia

O primeiro dia de estágio foi destinado à apreensão de alguns procedimentos e protocolos que me permitissem cuidar das pessoas que frequentam este hospital de dia. Senti-me algo apreensiva. Existia muita coisa que eu desconhecia e que considerava fugir-me ao controlo. Mais do que nunca fez-me sentido uma das teóricas de enfermagem estudadas agora no contexto da especialidade, Patrícia Benner. A prestar cuidados há 4 anos e meio num serviço de neurocirurgia, será precoce e irreal considerar-me perita. No entanto, penso encontrar-me a caminhar entre um estadio de “competente” para um estadio de “proficiente” (Benner,2001), em que considero dominar a maior parte das situações e dar resposta às necessidades das pessoas e famílias a quem presto cuidados, no momento oportuno. Desde os aspectos mais básicos como conhecer a estrutura física e a localização do material e estruturas de apoio, até às questões mais complexas de conhecer a equipa com a qual se trabalha e ter a capacidade de avaliar correctamente a pessoa/ família com patologia neurocirúrgica (e não só), antecipando já alguns problemas previsíveis e desenvolvendo alguma intuição perante determinadas situações. Esta é a minha zona de conforto. Apesar de lidar, e desde o início da especialidade de forma mais metódica e sistemática, com a avaliação do ponto de vista da saúde mental da pessoa com doença oncológica, o contexto de “crise” do meu serviço é bastante diferente do contexto destas pessoas a quem agora me proponho a prestar cuidados de futura especialista. Agora, existe um contexto de ambulatório, em que a problemática da pessoa com doença oncológica é diferente daquela que vivencia o momento de crise da cirurgia e internamento. Cada uma com as suas especificidades, o impacto do diagnóstico de doença grave na vida da pessoa e família continua a ser a linha condutora que faz sentido aprofundar e intervir.

O medo do desconhecido faz-me apreensiva em relação ao que consigo dar ao outro. A sensação de nervosismo, que se traduz em mim por nó no estômago e boca seca, alerta-me para estas transformações de papéis de enfermeira que estão a ocorrer. Não é uma sensação completamente desagradável como já senti no estágio de licenciatura. Nesta altura já tenho uma parte da minha identidade profissional formada e é no caminho do aperfeiçoamento e do aproximar às minhas aspirações que caminho. É apenas diferente. E por isso sinto necessidade de o partilhar e discutir com a EO. Sinto-me de facto, esta sensação é normal e até

positiva, pois faz-nos crescer e evoluir pessoal e profissionalmente. Novos desafios implicam criatividade e flexibilidade para encontrar estratégias que dêem resposta às nossas novas problemáticas. E isso também é saúde mental. Neste caminho de desenvolvimento do autoconhecimento é interessante pensarmo-nos de fora. Considero que ter esta capacidade é de extrema importância para retirarmos conclusões e modificar de alguma forma os nossos padrões de pensamento e consequentemente, de comportamento, quase numa base de reestruturação cognitiva. Destruir as ideias de catástrofe como “não percebo nada disto” e “não vou ser capaz de dar resposta a todas as necessidades destas pessoas” poderão ser então desconstruídas e racionalizadas, objectivando o que é que falta em termos de conhecimento (teórico e prático) e quais as necessidades concretas que eu penso não saber dar resposta. De facto, e após este exercício com a EO, concluo que a minha falta de conhecimento se dá sobretudo ao nível da medicação e dos efeitos específicos em cada pessoa. Por outro lado, sei já alguma coisa (da minha prática e do percurso de especialidade que tenho feito até aqui) sobre o que me propus aprender mais: o impacto da doença grave na pessoa e a gestão emocional para alívio do sofrimento. Neste diálogo (agora já não só) interno, consigo ser mais realista em relação a mim.

O primeiro dia de contacto com estes doentes oncológicos revelou-se uma surpresa para mim. Tinha eu própria algum estigma em relação ao doente oncológico. Imaginava-o maioritariamente deprimido, com imensas limitações na sua vida diária. O que encontrei surpreendeu-me pela positiva: grande parte das pessoas consegue uma boa qualidade de vida (termo empírico, não objectivado por instrumentos de avaliação, mas valorizando as verbalizações da maior parte das pessoas) por um período de tempo relativamente prolongado face às minhas percepções (que de facto estavam erradas). Estas minhas concepções acerca da doença oncológica estão relacionadas provavelmente com as minhas experiências familiares anteriores. Desde muito pequena (aproximadamente 8 anos), assisti ao evoluir da neoplasia intestinal do meu bisavô que morava comigo. A colostomia, o cheiro, o desconforto referido, as privações alimentares e as deslocações quase diárias para realizar tratamentos na altura, elaboraram em mim uma concepção de dor, sofrimento e limitação física associada à doença oncológica. Mais tarde, a experiência com o meu avô paterno permitiu-me, por um lado, vivenciar mais

conscientemente as fases da doença, mas o sofrimento físico e psicológico associado à alteração da auto-imagem e do seu papel de marido e elemento cuidador (neoplasia da próstata com metastização para a bexiga) confirmaram em mim o profundo impacto da doença oncológica na vida da pessoa e família. Também os meus próprios medos de mutilação física, alteração de auto-imagem e sofrimento contribuíram certamente para esta concepção. Por outro lado, até à data, e como a minha realidade não me permitia o contacto ambulatorio com as pessoas com doença oncológica, nunca tinha explorado aprofundadamente esta minha concepção. Na verdade, percebo agora que o impacto do diagnóstico de uma doença oncológica é realmente um acontecimento muito marcante na vida das pessoas, o que vai ao encontro da evidência científica: como refere Marques *et al* citados por Raminhos (2003), o diagnóstico de uma doença grave, como no caso da doença oncológica, surge como um acontecimento de vida que vai implicar a gestão de um turbilhão de emoções e mobilizar recursos e capacidades do indivíduo para o enfrentar. O mesmo autor descreve no seu artigo sentimentos de raiva, revolta e injustiça, medo (da mutilação, da culpa, do castigo, da dor), bem como sentimentos de tristeza, conduzindo estes, muitas vezes, a estados significativos de negação, ansiedade e depressão. Nestas primeiras consultas de enfermagem em que tenho participado, é possível perceber que sentimentos de revolta, injustiça e incredibilidade são frequentes, como corrobora a bibliografia encontrada (Sapeta citado por Raminho (2003) e Pais-Ribeiro (2009)). As estratégias de confronto com a doença que percebi até agora são a fuga/evitamento e a racionalização (procura de informação nas mais variadas fontes possíveis). Tal como nos exemplifica Pais-Ribeiro (2009) as estratégias de coping podem ser: autocontrolo, suporte social, fuga/evitamento, resolução planeada do problema, reavaliação positiva, assumir a responsabilidade, confrontação e distanciamento, entre outras. A gestão das emoções a discussão da adequação destas estratégias são os ponto-chave que considero para a abordagem do ponto de vista da saúde mental, bem como o conhecimento da pessoa, do seu estilo de vida e dos factores de risco e protectores de saúde mental. A nível familiar, do acompanhante são também interessantes as várias formas de encarar a doença do seu familiar. A substituição e sobreprotecção por um lado, a fuga e evitamento por outro são as formas mais frequentes

encontradas. Será interessante aprofundar um pouco mais acerca das reacções das pessoas significativas ao impacto do diagnóstico de uma doença oncológica.

É no entanto com agrado que conheço pessoas que lidam com uma doença oncológica há anos (mais de 10 anos) e que conseguiram manter uma vida com considerável qualidade (avaliada por eles próprios). Inclusive, o conceito de tempo em tratamentos com intuito paliativo não é aquele que eu perspectivava ser, mas sim maior e melhor. De facto, grande parte das pessoas mantém as suas actividades laborais e de lazer. Assisto a um exemplar acompanhamento da equipa de enfermagem no controlo da sintomatologia da pessoa com doença oncológica. Este será certamente um dos principais factores positivos em termos de ganhos de qualidade de vida da pessoa submetida a quimioterapia.

A prática de cuidados de enfermagem de saúde mental, numa abordagem de enfermeiro especialista foca-se principalmente na avaliação inicial da pessoa e família, exame do estado mental, busca de recursos internos e externos das pessoas, factores protectores e factores de risco e avaliação de risco de problemas de saúde mental (como ansiedade e depressão, como está documentado pela evidência científica). Nesse sentido preconiza-se a exploração de instrumentos de avaliação: a “Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão” e mesmo a utilizada a nível do projecto “IESSD”. Diagnosticar antecipadamente e implementar medidas preventivas para que a pessoa aumente o bem-estar e vivencie esta fase da sua vida com a melhor saúde mental possível é o objectivo desta intervenção.

Anexo 7- reflexão acerca da interação com a I. e da D.R.

A D. R. é uma senhora de 55 anos que reside com a filha I. (23 anos) e com o marido. Comparece no hospital de dia médico, como atendimento não programado, por desorientação, febre e tosse. É uma senhora seguida no hospital de dia com um carcinoma da mama direita seguido há cerca de ano e meio, com metastização cutânea, pelo que se encontrava na altura a fazer electroquimioterapia. Com lesão extensa exsudativa do tórax anterior até ao tórax anterior e axila. É a filha que realiza o penso diariamente em casa. É também a filha que a acompanha e dialoga com os profissionais de saúde, assumindo em pleno o papel de cuidadora. Na primeira abordagem, seguidamente às devidas apresentações, a filha relata o que traz por cá a mãe. Visivelmente preocupada com os períodos de confusão da mãe, relacionando-o com eventual metastização cerebral. Fala igualmente da febre, da tosse, da anorexia da mãe, da insónia, da debilidade física... A I., com 23 anos, parece a mãe de 55 a cuidar da filha. Notoriamente informada, questionando de forma pertinente. Após ouvir o que a I. dizia, aproximei-me da D. R. e disse “Olá D. R....ainda não nos conhecemos... chamo-me Irina, sou enfermeira, e neste momento estou aqui a fazer um estágio...” Acenou com a cabeça e olhou para mim. Continuei...”Como é que se sente?” Num discurso hipofónico, com um fâcies triste e de desalento disse: “oh..tenho estado com tosse e febre...” e Baixou o olhar...Aguardei alguns instantes e continuei: “Parece-me bastante cansada...” Olhou novamente para mim: “E estou...cansada de tudo...” Dei-lhe mais alguns instantes... “Quando diz tudo no que pensa D. R.?”... “Desta vida...de hospitais...de gastar dinheiro...de ter dores...estou muito cansada...”. Permaneci em silêncio alguns instantes e continuei: “calculo que não seja nada fácil...”... A D. R. começou a chorar e permaneci ao lado dela, em silêncio, tocando-lhe apenas na mão. A I. aproximou-se de nós e disse “oh mãe vá... não chores... já vamos ver o que se passa contigo...”. A EO colheu as hemoculturas enquanto a filha falava acerca dos pormenores físicos da doença da mãe. Já eu estava impressionada com a capacidade de gestão desta situação e aparente desenvolvimento pessoal que esta filha apresentava (poucos anos mais nova que eu) quando ela descreve a situação do pai. O pai, tinha sofrido há alguns anos atrás uma ruptura de aneurisma que o deixou hemiplégico, numa vida agora mais adaptada à sua incapacidade física. A I. era muito nova. Acompanhou todo o processo de reabilitação do pai, que actualmente é capaz de cuidar da sua higiene (quando não era foi a I. e a D. R. que

cuidaram dele em casa até ir para o Centro de Reabilitação de Alcoitão), é capaz de conduzir e de ajudar nalgumas tarefas domésticas. A I. começou a frequentar um curso superior e há um ano e meio que acompanha de perto o problema oncológico da mãe. Para mim, tinha impacto o sofrimento físico, psicológico e existencial que assolava a D. R., mas tinha muito mais impacto a postura da I.: um misto de preocupação de quem cuida, com responsabilidade e simultaneamente uma serenidade impressionante. Tentei perceber a perspectiva dela: como seria lidar com a perda da plenitude das capacidades físicas de um pai? (um elemento que significa fortaleza e solidez). Como lidar com uma doença oncológica da mãe? Vê-la a sofrer e ser capaz de cuidar, acompanhar, acarinhar incansavelmente... Como estaria esta filha? Certamente que as nossas condições não eram iguais...ela vivenciou este processo de forma progressiva e foi tendo capacidade de se ajustar a algumas expectativas e fazer o luto de outras. Fiquei alerta para a possibilidade de existência de um processo de contratransferência. É referido na literatura como um conjunto das reacções inconscientes do analista ao analisado. Contém elementos da projecção do analisado, da psicologia do analista (história e personalidade e da relação no aqui e no agora (Leitão, 2003). Não é isto o preconizado numa relação de ajuda. Mais tarde pensei nos meus factores pessoais que me identificassem com aquela rapariga: a proximidade de idades, algumas características físicas, o facto de ser filha única e de transportar consigo a responsabilidade de cuidar dos pais. Esta análise foi feita quando deixei a sala e embora não com esta clareza agora escrita, deixou-me mais desperta para estabelecer aquela relação da forma mais adequada.

Considerarei que a I. era um elemento de risco naquela família, por toda esta sobrecarga familiar, as obrigações da faculdade e aquilo que seria a vida social dela, próprio de uma jovem de 23 anos. Quando a D. R. adormeceu, e na continuidade da conversa que já tínhamos iniciado questioneei-a quanto a ela “E você I. ...como é que se sente”. Ao que me respondeu “Sinto-me preocupada com ela...”. Dei-lhe alguns instantes e continuei: “Calculo que seja muito difícil esta situação.” “É... mas já estou habituada...”, respondeu a I.. Continuei “Não deve ser nada fácil ter estas responsabilidades todas lá em casa... como é que consegue conciliar tudo? Tem tempo para si?” Ao que me respondeu: “Sabe... já me habituei...o tempo que tenho para mim é sobretudo no ténis...como pratico ténis é lá que me esqueço de tudo e oriento a minha cabeça...”. Respondi “Isso parece-me muito importante para

si...esse tempo é só seu e permite-lhe abstrair-se por algum tempo de algumas situações mais difíceis com os seus pais, é isso...?”. “É isso mesmo... fui-me habituando a lidar com as coisas...também tenho algumas amigas próximas...o que me ajuda...só queria ver os meus pais bem...mas faço o que posso”. Eu respondi “E parece-me que já faz muito e muito bem...”. Ela sorriu e agradeceu.. Acrescentei “Sabe que para além de cuidarmos da pessoa doente, cuidarmos também da família...se precisar conversar comigo podemos até ir para outro espaço para se sentir mais à vontade...” A I. respondeu “Obrigada Enf^a Irina...mas acho que neste momento preciso é de estar aqui ao lado da minha mãe...” Ao que respondi “Claro I...estou disponível...o que precisar diga-me por favor...” Ela acedeu e acabei por sair da sala.

Genuinamente pareceu-me lidar o melhor possível com a situação. Eu tinha noção de que não poderia melhorar a vida da I. porque eram os pais dela, mas ela parecia ter encontrado algumas estratégias para lidar com a situação. Desperta para esta situação questionei-me depois mais tarde o que poderia ter feito mais... Mostrei disponibilidade, mas poderia ter sugerido conversarmos noutra espaço que não ali apesar da D. R. estar a dormir. No entanto a I. não saía de perto da mãe porque a sua preocupação naquele momento era ela. E era essa preocupação que eu tinha de priorizar e respeitar... Garantimos a informação e articulação com a equipa médica no sentido do controlo da dor. Fui mostrando disponibilidade em responder às questões e proporcionar o maior bem-estar possível à D. R.. Questionei-me ainda mais tarde se não teria feito mais ou permanecido mais tempo por algum receio em relação àquilo que aquela situação despertava em mim. Mas não era essa a situação... que não tinha fugido ou evitado...aliás, dirigi-me lá numa altura em que a D. R. estava a dormir e se tivesse sentido receptividade da parte da I. para conversarmos noutra lugar certamente que o teria feito. Mesmo consciente do que isto despertava em mim, sentia por outro lado uma sensação de “desafio” para dar a melhor resposta possível.

Foi uma das situações que mais tristeza me despertou. No entanto, o mais importante foi consciencializar-me disto e tentar demonstrar interesse genuíno. De facto, as pessoas esperam dos profissionais que as oiçam e que ajudem a encontrar algumas respostas para os seus problemas. Não é possível numa relação de ajuda o que muitas vezes ouvimos profissionais dizer: “ai coitadinha”, “não sei como

aguenta"... Apesar de poder existir alguma intenção de compreensão e apoio a pessoa sente-se ainda mais objecto de pena, o que não ajuda em termos de auto-estima e auto-eficácia. Naquele momento o problema da I. era a mãe... talvez numa outra oportunidade, em que D. R. não se encontrasse tão vulnerável, seria uma boa oportunidade para intervir com a I.. Naquele momento valorizei a coragem e as estratégias que utiliza para cuidar de si e para gerir esta situação, no sentido de a consciencializar que o que faz é muito importante para a vivenciar com a melhor saúde mental possível.

**Anexo 8- Inventário das experiências subjectivas de sofrimento na doença
(IESSD)**

Gestão Emocional para Alívio do Sofrimento em Pessoas com Doença Oncológica

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder a experiências das pessoas doentes. Por favor indique até que ponto cada uma das afirmações corresponde (ou não) ao que verdadeiramente se passa consigo, marcando com uma cruz a respectiva quadrícula de acordo com a legenda.

- 1 - Não **corresponde nada** ao que se passa comigo / é **totalmente falso**
- 2 - **Corresponde pouco** ao que se passa comigo
- 3 - **Corresponde bastante** ao que se passa comigo
- 4 - **Corresponde muito** ao que se passa comigo
- 5 - **Corresponde totalmente** ao que se passa comigo / é **totalmente verdadeiro**

01- Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente	1	2	3	4	5
02- Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença	1	2	3	4	5
03- Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer	1	2	3	4	5
04- Sinto que a doença me está a roubar tempo para poder fazer aquilo que gostaria	1	2	3	4	5
05- Sinto dificuldade em suportar o estado de tensão que a doença me provoca	1	2	3	4	5
06- Desde que fiquei doente sinto-me triste	1	2	3	4	5
07- Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego	1	2	3	4	5
08- A doença obriga-me a pôr de lado alguns projectos importantes que tinha em mente	1	2	3	4	5
09- Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero	1	2	3	4	5
10- Desde que estou doente tenho sentido mais a falta da minha família	1	2	3	4	5
11- Tenho receio de que com a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família	1	2	3	4	5
12- Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto	1	2	3	4	5
13- Não consigo compreender o que está a provocar a minha doença	1	2	3	4	5
14- Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física	1	2	3	4	5
15- A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida	1	2	3	4	5
16- Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com Agressividade	1	2	3	4	5
17- Preocupo-me com as dores que possa vir a ter	1	2	3	4	5
18- Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas más que me poderão Acontecer	1	2	3	4	5
19- Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença	1	2	3	4	5
20- Não consigo encontrar posição para estar confortável	1	2	3	4	5

Gestão Emocional para Alívio do Sofrimento em Pessoas com Doença Oncológica

- 1 - Não **corresponde nada** ao que se passa comigo / é **totalmente falso**
 2 - **Corresponde pouco** ao que se passa comigo
 3 - **Corresponde bastante** ao que se passa comigo
 4 - **Corresponde muito** ao que se passa comigo
 5 - **Corresponde totalmente** ao que se passa comigo / é **totalmente verdadeiro**

21- Sinto que com a doença perdi a liberdade de decidir sobre a minha vida	1	2	3	4	5
22- A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são Queridas	1	2	3	4	5
23- Tenho dores difíceis de suportar	1	2	3	4	5
24- Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a	1	2	3	4	5
25- Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de Adoecer	1	2	3	4	5
26- Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro	1	2	3	4	5
27- Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer	1	2	3	4	5
28- A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim próprio/a	1	2	3	4	5
29- Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro	1	2	3	4	5
30- A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa	1	2	3	4	5
31- Sinto uma má disposição física que me impede de descansar	1	2	3	4	5
32- Tenho receio de ficar com alguma deficiência física	1	2	3	4	5
33- A minha doença causa-me angústia	1	2	3	4	5
34- Preocupo-me com a possibilidade de não ser capaz de continuar a “ganhar o pão” para a minha família	1	2	3	4	5
35- O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar	1	2	3	4	5
36- Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto	1	2	3	4	5
37- Sinto que pouco posso esperar do meu futuro	1	2	3	4	5
38- Acho que vou recuperar as minhas forças	1	2	3	4	5
39- Desde que estou doente tenho sentido muitos medos	1	2	3	4	5
40- Desde que fiquei doente sinto dificuldade em encontrar sentido para a minha vida	1	2	3	4	5
41- Tenho dores que não me deixam descansar	1	2	3	4	5
42- Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos	1	2	3	4	5
43- Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente	1	2	3	4	5
44- Penso que vou melhorar	1	2	3	4	5

Por favor, confira se respondeu a todas as questões. Muito obrigado pela sua colaboração!!

Distribuição dos itens do “*Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença*” pelas 5 dimensões definidas.

SOFRIMENTO PSICOLÓGICO (13 itens)

- 02 - Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença
- 03 - Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer
- 05 - Sinto dificuldade em suportar o estado de tenção que a doença me provoca
- 06 - Desde que fiquei doente sinto-me triste
- 09 - Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero
- 10 - Desde que estou doente tenho sentido mais a falta da minha família
- 17 - Preocupo-me com as dores que possa vir a ter
- 18 - Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas más que me poderão acontecer
- 19 - Sinto-me revoltado/a com a minha situação de doente
- 24* - Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a
- 32 - Tenho receio de ficar com alguma deficiência física
- 33 - A minha doença causa-me angústia
- 39 - Desde que estou doente tenho sentido muitos medos

SOFRIMENTO FÍSICO (6 itens)

- 01 - Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente
- 14 - Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física
- 20 - Não consigo encontrar posição par estar confortável
- 23 - Tenho dores difíceis de suportar
- 31 - Sinto uma má disposição física que me impede de descansar
- 41 - Tenho dores que não me deixam descansar

SOFRIMENTO EXISTENCIAL (16 itens)

- 04 - Sinto que a doença me está a roubar tempo para poder fazer aquilo que gostaria
- 08 - A doença obriga-me a pôr de lado alguns projectos importantes que tinha em mente
- 13 - Não consigo compreender o que está a provocar a minha doença
- 15 - A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida
- 16 - Desde que estou doente tenho dificuldade em me controlar e reajo com agressividade
- 21 - Sinto que com a doença perdi a liberdade de decidir sobre a minha vida
- 26* - Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro
- 27 - Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer
- 28 - A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim próprio
- 29 - Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro
- 30 - A doença faz com que me sinta diminuído como pessoa
- 35 - O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar
- 36 - Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto
- 37 - Sinto que pouco posso esperar do meu futuro
- 40 - Desde que fiquei doente sinto dificuldade em encontrar sentido para a minha vida
- 42* - Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos

SOFRIMENTO SÓCIO-RELACIONAL (7 itens)

- 07 - Preocupa-me a ideia de a doença me poder fazer perder o emprego
- 11 - Tenho receio de que com a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família
- 12 - Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto
- 22 - A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas
- 25 - Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a família como antes de adoecer
- 34 - Preocupo-me com a possibilidade de não ser capaz de continuar a “ganhar o pão” para a minha família
- 43 - Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente

EXPERIÊNCIAS POSITIVAS DO SOFRIMENTO (5 itens)

- 24 - Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a
- 26 - Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro
- 38 - Acho que vou recuperar as minhas forças
- 42 - Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos
- 44 - Penso que vou melhorar

* Itens cotados no sentido inverso. Fonte: McIntyre e Gameiro, 1997

**Anexo 9- Reflexão acerca da intervenção com uma utente em tratamento
paliativo**


D. L., uma utente com cerca de 50 anos, compareceu no hospital de dia acompanhada do esposo, notoriamente debilitada e com visível sofrimento físico. Esta senhora tinha um tumor no pâncreas, já com metastização hepática. Encontrava-se a fazer quimioterapia, no entanto no dia em questão tinha também consulta médica. Deslocou-se até uma das salas de cadeira de rodas solicitada pelo marido.



À abordagem apresentava-se com aspecto cuidado, humor eutímico, postura rígida. Tinha um fácies de desconforto severo. A pele e as mucosas estavam ictéricas. Referiu dor intensa que interferia com quase todas as suas necessidades. Tinha tomado paracetamol de 8h em 8h desde Novembro por indicação médica. Considerou que seria a única medicação que poderia tomar e não procurou ajuda técnica nesse sentido. Com os valores hepáticos alterados e com as alterações a nível imunitário provocadas pelo tratamento, não reunia condições para realizar nova sessão. Tinha consulta nesse dia e enquanto aguardava, tentei ter alguma intervenção junto da senhora. Objectivei aquilo que me era visível e questioneei-a acerca da dor. Como se sentia. Deixei este espaço aberto para ela me falar do que era mais importante para ela naquela experiência de dor. Efectivamente a dor física era o que a incomodava mais e descreveu-me. Abordámos o impacto desta dor na sua dor e que estratégias utilizava para a controlar. Abordou ao final de algum tempo a ansiedade e o sofrimento psicológico que isso lhe causava. Após alguns momentos de silêncio para que expressasse aquilo que sentia, foi devolvendo aquilo que me chegava. A E.O. sugeriu o relaxamento como estratégia para abstracção da dor por um lado e como medida de alívio físico da tensão por outro. A D. L. acedeu, pelo que foi ocupada uma das salas e tentámos colocá-la numa posição o mais confortável possível. Vária almofadas e posições da cadeira depois, concluímos que seria melhor trocar para uma cama. Mais confortável, tentei iniciar a sessão de relaxamento. A técnica já implementada pela E.O. no serviço dizia respeito ao Relaxamento muscular passivo. Criadas as condições ambientais, à medida que fui iniciando a sessão apercebia-me da impossibilidade para adoptar a mesma posição mais do que 10 segundo que a D. L. tinha. Incomodada com a situação, ela sentia necessidade de me justificar a inquietude que manifestada “ainda não estou bem assim”... “talvez se mudarmos esta almofada consiga ficar um pouco mais confortável”... eu interrompia cada vez que a senhora falava e tentava ajudá-la a


adoptar uma posição mais confortável. Chegou o momento em que decidi parar porque era óbvio o desconforto da senhora, era impossível ela tentar centra-se em sensações físicas agradáveis. Eu sentia-me algo frustrada, mas simultaneamente percebia que eu não era o factor pelo qual aquela intervenção na corria bem. Naquele momento a E.O. apercebeu-se de que algo não estaria bem e articulou-se com a médica da senhora, no sentido de fazer algum analgésico SOS que aliviasse aquela dor. Acabou por ser administrada morfina subcutânea e o efeito foi quase imediato. Passados poucos minutos, a senhora já referia sentir-se melhor e a sua linguagem não-verbal também assim o indiciava. Já era capaz de permanecer na mesma posição, solicitando-me quando se sentiu capaz para voltarmos a tentar. Efetivamente após esta dificuldade inicial e já descentrada do potente estímulo da dor (ver dor estratégias psicológicas do grupo da dor), conseguiu relaxar. À medida que ia dando as orientações para o relaxamento e a ver que a senhora tinha uma respiração mais calma e um fácies de conforto, eu própria fui sentido uma sensação de bem-estar difícil de colocar em palavras.

O conjunto de factores medicação e relaxamento permitiram induzir nem que fosse por algum tempo uma sensação agradável naquela senhora. O facto de poder contribuir para aliviar o sofrimento naquele preciso momento e ser um elemento cuidador, provocou em mim uma sensação de calma, de infinidade, de segurança, só colocável em palavras pela dimensão transcendental de cada um de nós. Lembrei-me de Jean Watson, naquilo que poucos entendem, mas que eu entendi por momentos naquela altura. O bem-estar era partilhado. No final, o “sinto-me agora tão bem” verbalizado pela D. L. deu-me a certeza de que a intervenção farmacológica e não farmacológica se tinham potenciado para alívio do sofrimento daquela senhora.

Anexo 10- Autorização para aplicação da escala IESSD pelo autor


 **mgameiro** <mgameiro@esenfc.pt>
to me ▾



May 17 ☆  

 Portuguese ▾ > English ▾ [Translate message](#) [Turn off for: Portuguese](#) ×

Cara enf.ª Irina Cardoso,
Para os devidos efeitos, declaro que autorizo a utilização do Inventários de Experiências Subjetivas de Sofrimento (IESSD), no âmbito do seu trabalho académico no contexto do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no âmbito do projeto de foco de intervenção no sofrimento de mulheres com cancro da mama em tratamento paliativo, tentando perceber a sensibilidade deste foco às intervenções de enfermagem (no âmbito psicoterapêutico).
Envio em anexo uma cópia do IESSD, que pode reproduzir.
Desejo-lhe sucesso no seu Curso,
Com os melhores cumprimentos.
Manuel Gameiro

...

 **IESSD_ESCALA.doc**
108K [View](#) [Download](#)

mgameiro
mgameiro@esenfc.pt
  ▾
[Show details](#)

Anexo 11- Gráficos demonstrativos do resultado da aplicação do IESSD

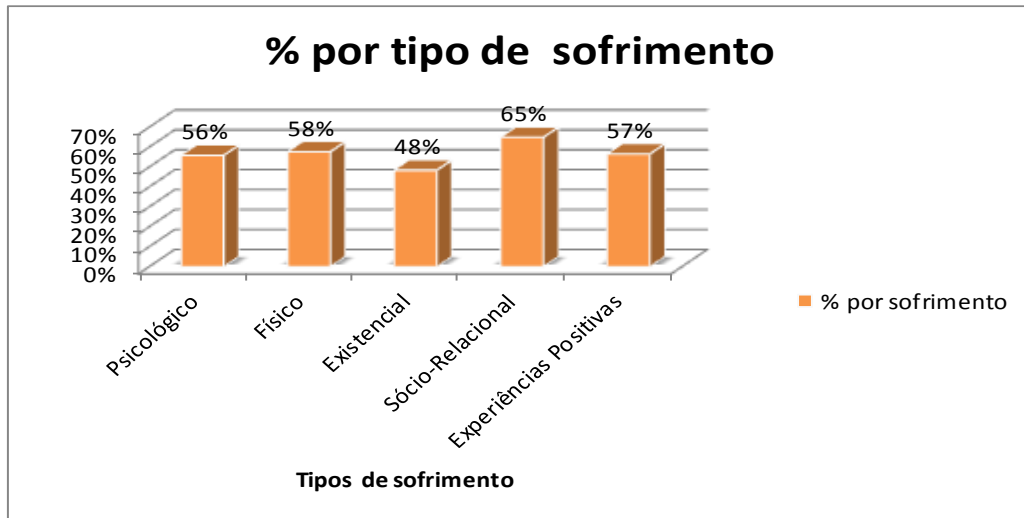


Gráfico 1- Dimensões do sofrimento em indivíduos em tratamento paliativo

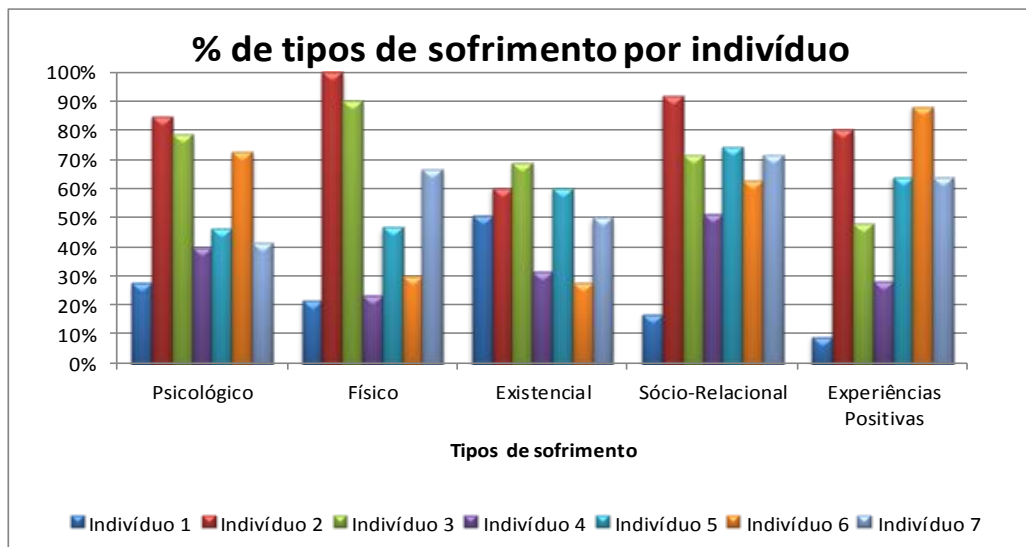


Gráfico 2- Tipos de sofrimento por indivíduo em tratamento paliativo

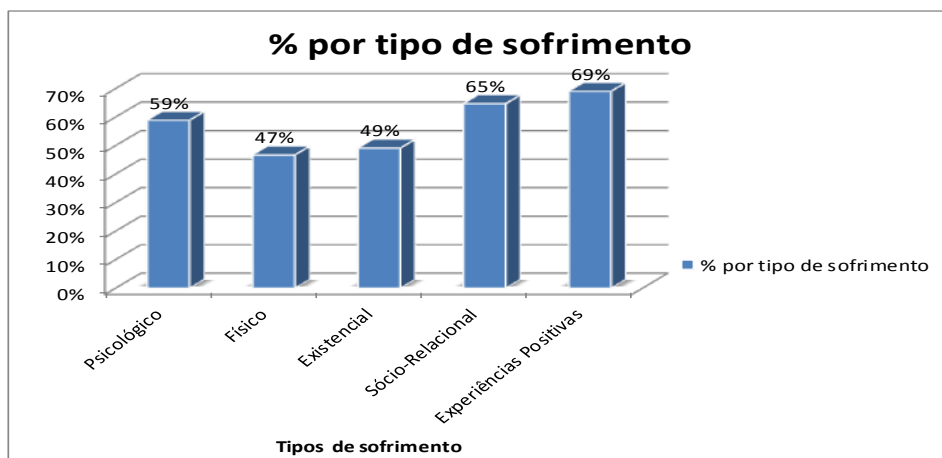


Gráfico 3- Dimensões do sofrimento em indivíduos em tratamento curativo

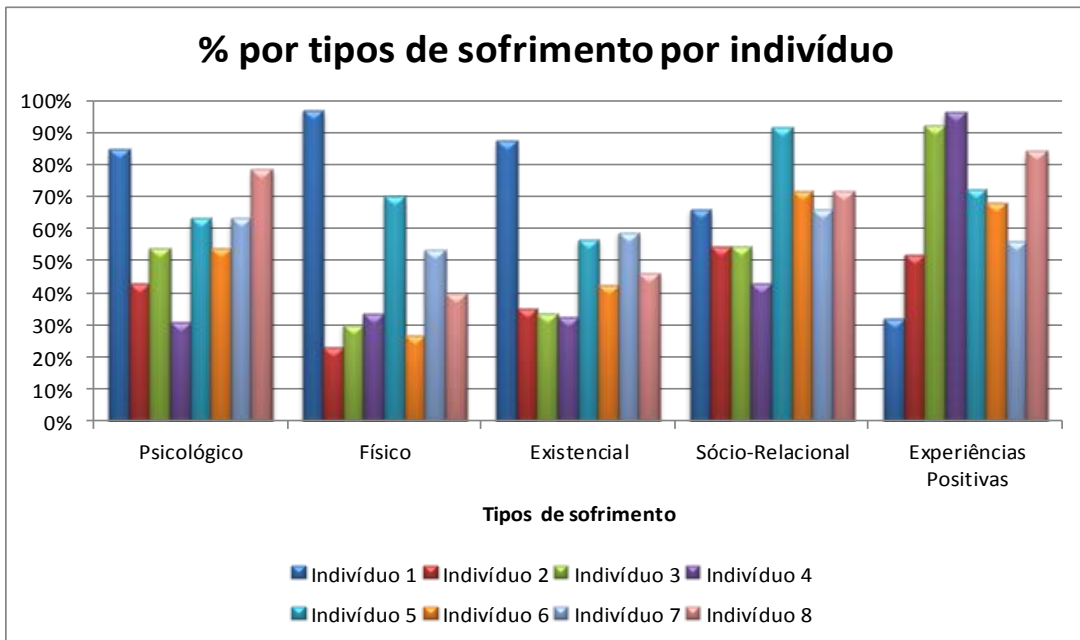


Gráfico 4- Tipos de sofrimento por indivíduo em tratamento curativo

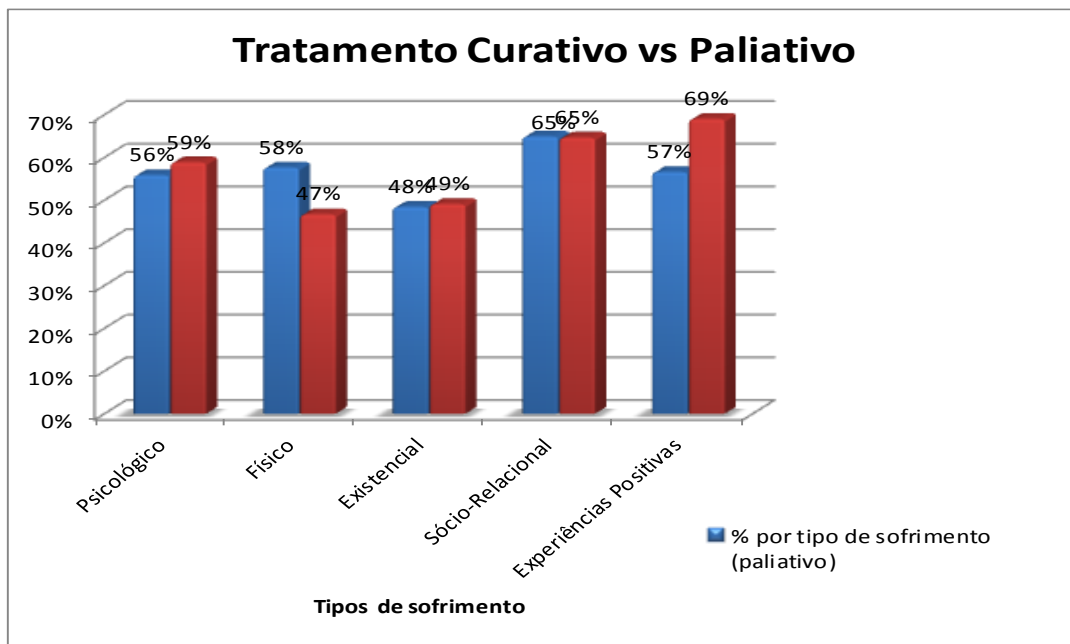


Gráfico 5- Comparação das dimensões de sofrimento entre indivíduos em tratamento paliativo e curativo

**Anexo 12- Autorização da Comissão de Ética do Hospital da Luz para a
realização do estudo**



HOSPITAL DA LUZ

ESPÍRITO SANTO SAÚDE

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exma. Senhora
Enf.^a Irina Patricia Rocha Cardoso

Ref. CES/1110/2013/PA

Lisboa, 25 de Julho de 2013

Assunto: Estudo “*Gestão emocional para alívio do sofrimento em pessoas com doença oncológica*”

CC.: Director Clínico / Conselho de Administração

A **Comissão de Ética para a Saúde** do Hospital da Luz, aprovou a realização do Estudo “*Gestão emocional para alívio do sofrimento em pessoas com doença oncológica*”, de que V. Exa. é investigadora principal.

Pe’A Comissão de Ética para a Saúde

Manuela Escumalha, Presidente

Anexo 13- Proposta de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos a solicitar a sua participação no estudo “Gestão emocional para alívio do sofrimento em pessoas com doença oncológica”.

Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo, respondendo a algumas questões.

A sua participação é muito importante, para sabermos o que sente e pensa acerca deste foco de atenção de cuidados de enfermagem – o sofrimento. As suas informações são estritamente confidenciais. Os resultados serão utilizados apenas neste estudo.

A sua participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colocamo-nos ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Data/...../.....

Assinatura do Investigador

Data/...../.....

Assinatura do participante

Anexo 14 – Cronograma de Actividades

**Anexo 15 – Esquema da correspondência entre objectivos, actividades e
competências do EEESMP**

Esquema ilustrativo da aquisição de competências de EEESMP

O presente esquema pretende mostrar de forma mais visual a aquisição e desenvolvimento de competências baseada no Regulamento das Competências Específicas do EEESMP (consultar Unidades de competência no Regulamento).

F1-“Detém um elevado e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”;

F2- “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”;

F3- “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”;

F4- “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”;

1- Ensino clínico em contexto hospitalar- Serviço de Internamento de Psiquiatria do Hospital de Santarém

Objectivos Gerais:

1. Desenvolver o autoconhecimento, fruto do estabelecimento de relações de ajuda com pessoas em sofrimento;

Objectivos Específicos	Actividades	Competências desenvolvidas
Identificar os sentimentos próprios e as emoções demonstradas	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com os enfermeiros especialistas nas consultas de enfermagem • Elaborar descrições e reflexões acerca das situações mais 	F1

	significativas, recorrendo à supervisão	
Identificar processos de transferência e contratransferência	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica acerca da temática • Registo de situações em que possa ter ocorrido • Realização de reflexões e discussão com as OE 	F1

2. Adquirir competências para estabelecimento de uma relação de ajuda, inspirada no aconselhamento;

Objectivos Específicos	Actividades	Competências desenvolvidas
Identificar os princípios da relação de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa Bibliográfica • Observação do estabelecimento de relações de ajuda dos enfermeiros especialistas • Reflexão acerca momentos significativos destas interacções 	F2
Utilizar os princípios da relação de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente de forma a facilitar o estabelecimento de relação de ajuda • Por em prática os princípios de relação de ajuda documentados sempre que possível 	F3

3. Perceber o impacto psicológico da doença na pessoa;

Objectivos Específicos	Actividades	Competências desenvolvidas
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a avaliação sistemática da pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica (acerca de questionários de avaliação da pessoa, da família e do suporte social) • Elaboração de um guião de colheita de dados integrada (com aspectos da história de vida, de saúde física e mental e suporte psicossocial) • Realização de entrevistas • Estabelecer diagnósticos de enfermagem direccionados para o que a pessoa/ família reconhecem como problema (inspirados no quadro conceptual) 	<p>F2; F3</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer e promover o reconhecimento dos sentimentos da pessoa • Reconhecer e promover o reconhecimento da fase da doença em que a pessoa se encontra 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica das reacções à doença • Desenvolver relação de ajuda subjacente aos princípios já pesquisados • Ajudar a pessoa e família a clarificar sentimentos • Utilizar estratégias de comunicação de más notícias (protocolo de Buckman) • Gerir expectativas 	<p>F4</p>



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Unidade da Dor

**PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM GRUPO
CONSULTA DE AJUDA NA UNIDADE DA DOR**

Irina Cardoso

Novembro de 2013

INTRODUÇÃO

Ao longo da realização do estágio curricular no Serviço de Internamento do Hospital de Santarém, tal como projectado anteriormente, têm sido desenvolvidas actividades no âmbito da Enfermagem de Ligação de Saúde Mental. A realização deste projecto é o culminar de uma oportunidade de intervenção não só individual, mas também em grupo, com utentes que são acompanhadas na consulta da Dor, com doenças crónicas, que sejam encaminhadas para a Enfermagem de Ligação.

A nível do desenvolvimento preconizado de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, este projecto oferece uma oportunidade única de crescimento pessoal e profissional. Assim o enfoque será na 2ª competência: “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”, direccionada para esta intervenção na crise e no suporte à vivência da doença (“avalia factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental, assim como factores predisponentes de perturbação mental (...)), sobretudo no “impacto que o problema tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia” e também na 4ª competência “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa (...) mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”, sobretudo na utilização de técnicas psicoterapêuticas para aumentar a consciencialização do problema e facilitar respostas adaptativas a esta situação de doença. De acordo com Benner (2001), pretende-se a transição de um estado considerado entre o iniciado avançado e o competente na gestão emocional da crise e do sofrimento provocado pela doença, para um estado entre o proficiente e o perito (em que é possível uma perspectiva com vários caminhos e fins, num processo de decisão mais consciente e menos trabalhoso, no momento preciso da necessidade). Assim, a mobilização dos conteúdos e implementação deste projecto faz particular sentido no global projectado anteriormente “Gestão emocional para alívio do sofrimento em pessoas com doença oncológica”. Não se tratando especificamente de pessoas com doença oncológica, a doença crónica, por definição, induz níveis de sofrimento empiricamente considerados elevados, com forte impacto na qualidade de vida e bem-estar das pessoas e famílias.

As pessoas chegam à Enfermeira de Ligação através da referenciação pelas colegas que realizam a consulta da Dor na Unidade da Dor. Aqui, na avaliação feita aos utentes, são encaminhados aqueles que apresentam dificuldade na expressão e gestão de emoções

associadas à dor e que aparentam vivenciar um *desempowerment* relacionado com a vivência desta. É explicada à pessoa a possibilidade de ser encaminhada para a consulta de Ajuda (realizada pela EEESMP no âmbito da Enfermagem de Ligação), a qual é agendada caso a pessoa se mostre disponível. A enfermeira desloca-se à Unidade da Dor, no dia agendado e é realizada a consulta de ajuda. O objectivo geral desta consulta e consequente intervenção baseia-se no processo de *empowerment*, com vista a atingir um nível de bem-estar satisfatório em pessoas com dor crónica.

Ao acompanhar a EEESMP no âmbito da Enfermagem de Ligação, surgiu a necessidade de estruturar a intervenção para melhor dar resposta às necessidades da pessoa com dor. Para a concretização deste projecto de intervenção foi realizada uma avaliação prévia das utentes a incluir no grupo (que será descrito mais adiante baseada nos critérios de inclusão), pesquisa bibliográfica que fundamente os aspectos a serem abordados e a discussão e reflexão com a EO acerca da mobilização e implementação do projecto. Estes conteúdos serão apresentados em seguida, sequencialmente.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Doença Física e Mental na perspectiva da Enfermagem de Ligação

Pela unicidade do ser humano, mente corpo e alma são um só e assim deve ser olhados pelo enfermeiro (Watson, 2002). Ao abordar o impacto que a dor tem na vida da pessoa, focam-se os significados e os sentimentos que daí advêm. Cabe ao enfermeiro na arte de cuidar, “estabelecer contacto com o mundo emocional e subjectivo da pessoa” e permitir a comunicação e libertação de sentimentos (Watson, 2002).

A Enfermagem de Ligação surge como resposta à necessidade de abordagem da doença do ponto de vista da Saúde Mental e da necessidade de desenvolvimento de competências específicas que permitam intervir adequadamente na crise que a doença provoca. Watt (2010) citando Arolt and Driessen (1996) et al, os distúrbios psiquiátricos ocorrem como co-morbilidade em cerca de 30 a 50% dos doentes (com diagnóstico médico primário). Dos vários âmbitos da enfermagem de ligação, pretende-se actuar num dos três tipos da Também Scherer et al. Citados por Carvalho (2010): a intervenção centrada no cliente (diagnóstico e planificação de cuidados de enfermagem baseados nos conflitos já detectados e na prevenção de problemas futuros). A importância da gestão emocional surge devido ao impacto que as emoções provocadas pela doença têm na saúde mental e física das pessoas. Goleman (2006) apelida de “tóxicas” as emoções como a ansiedade e a tristeza, e estados de *stress*, depressão, desconfiança e pessimismo e mostra em vários estudos realizados na literatura que constituem risco duplo de doença (sendo mesmo superior ao tabagismo!). O acompanhamento para a gestão destas emoções durante o tratamento médico, está comprovado trazer benefícios não só na vivência mais saudável desta situação de crise, mas também na recuperação e reabilitação física.

Dor como antagonista do bem-estar

O bem-estar, enquanto conceito, tem evoluído ao longo do tempo, acompanhando as perspectivas sobre a saúde e a promoção desta. O conceito de saúde mental acompanha esta tendência e inclui dimensões positivas como o Bem-Estar Subjectivo, a percepção de auto-eficácia, a autonomia, a competência, a auto-actualização do potencial intelectual e emocional próprio, entre outras (OMS, 2001), sendo o bem-estar subjectivo uma dimensão da saúde mental (Diener, Suh, & Oishi, 1997, citados por Galina e Ribeiro (2005). Galinha e Ribeiro (2005) focam-se nas dimensões cognitiva e emocional e definem Bem-Estar Subjectivo como

uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de Satisfação com a vida. Segundo os mesmos autores, é um conceito de importância crescente, em que se espera que as pessoas vivam as suas vidas de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios. De salientar a apropriação e relevância dada pela Psicologia Positiva a este conceito, no sentido de incentivar as pessoas a procurar activamente o que as faz sentirem-se preenchidas, envolvidas e significativamente felizes.

De acordo também com as novas abordagens preconizadas da dor, como já foi referido, o foco no bem-estar e aumento da qualidade de vida das pessoas com dor crónica faz sentido olhar os contributos da psicologia positiva. Em busca do funcionamento óptimo perante as circunstâncias de cada um (que se direcciona ao conceitos de saúde mental de *recovery*), a ciência da felicidade pretende também remediar o mal-estar, focando-se nas sensações positivas. Estes contributos estudados levam-nos à inclusão de alguns destes exercícios para ampliar o bem-estar e as experiências de felicidade publicados por Batista (2013) na abordagem à dor crónica. Se se preconiza a vivência o melhor possível com a dor, pensar a intervenção focada nos aspectos positivos da vida e não na dor e sofrimento, pode ser, por si só, um passo em relação ao sucesso desta intervenção. Já que está provado que o ser humano tende a menosprezar os momentos felizes em prol dos acontecimentos negativos, o enfoque será na valorização dos aspectos positivos que existem na vida de cada um, através do “Eu que lembra”, o “Eu que experiencia” e o “eu que antecipa memórias” como preconizado por Rivero e Marujo (2011).

1- A Dor como entidade

De acordo com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED, 2013), baseada na *International Association for the Study of Pain*, a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo. Envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial (APED, 2013). A dor é um fenómeno subjectivo: não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objectivamente a dor. Também não existe relação directa entre a causa e a dor: a mesma lesão pode causar dores diferentes em diferentes indivíduos ou dores diferentes no mesmo indivíduo; depende do

contexto em que o indivíduo está inserido nesse momento. Pode ainda ler-se no site da APED (2013), que a dor crónica é geralmente definida como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente. No campo da saúde mental, a dor crónica provoca frequentemente insónias, ansiedade, depressão, podendo mesmo levar ao suicídio. A dor crónica não deve ser olhada como um mero sintoma mas, muitas vezes, como uma doença por si só, com enormes repercussões sobre o indivíduo e a sociedade pelo sofrimento e custos socioeconómicos que lhe estão associados.

O plano Nacional de Luta contra a Dor (DGS, 2001), foca a necessidade de priorização desta luta, com a avaliação da realidade nacional e a criação de directrizes para uma intervenção eficaz. Estas directrizes focam-se na obtenção de informações importantes para melhor compreender a dor: as características desta (história, tempo, localização, intensidade e qualidade), as características do indivíduo (factores psicológicos como ansiedade, depressão, alterações comportamentais) e as razões para o subtratamento da dor (acesso à terapêutica, efeitos adversos da terapêutica analgésica).

2- O impacto da dor na pessoa e família

Para Berber (2004), o impacto da dor crónica na sociedade inclui o aumento da utilização dos serviços de saúde, diminuição da produtividade do indivíduo no trabalho, despesas de saúde e baixas médicas. Entre as patologias que têm a dor crónica como o seu principal sintoma, encontra-se a Síndrome de Fibromialgia. A Fibromialgia, para esta autora, é caracterizada pela ocorrência de dor músculo-esquelética crónica generalizada e pontos dolorosos, bem como pela ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares. Não é uma doença, é uma construção clínica para caracterizar um síndrome de dor crónica. Além da dor, outros sintomas podem estar presentes, como: fadiga persistente, rigidez matinal generalizada e sono não reparador (Winfield, 1999 citado por Berber, 2004). Por tratar-se de uma síndrome, existem ainda algumas condições associadas à Fibromialgia, como síndrome do cólon irritável, disfunção da tiróide, endometriose e problemas psicológicos como depressão e ansiedade (Chaitow, 2000 citado por Berber, 2004). Na fibromialgia, existe uma alteração da percepção do estímulo doloroso, a nocicepção, ocorrendo uma amplificação dos sinais aferentes, que chegam ao sistema nervoso central provenientes de áreas corporais que estão anatomicamente normais. A serotonina, importante neste processo de nocicepção é encontrada nestas pessoas em níveis baixos, o que aumenta a experiência da dor e perturba o

sono profundo (Berber, 2004). Sabe-se que a serotonina está também envolvida no mecanismo da depressão, e, conseqüentemente, intimamente relacionada com as sensações de bem-estar e felicidade.

Para Egeli e MacMillan (2011), a dor crónica e o cansaço associados em pessoas com fibromialgia têm forte impacto na vida destas pessoas, a nível familiar, de trabalho e de actividades de lazer. Referem ainda que a maioria destas pessoas despendem muito tempo e concentram muitos esforços em busca de soluções e “curas” para os seus sintomas. Estes autores propõem os contributos da abordagem cognitivo-comportamental para modificar sentimentos de desesperança e comportamentos que podem ampliar a experiência da dor. McCracken (2005) citado por Egeli e MacMillan (2011) descrevem a utilização de estratégias baseadas na aceitação e teoria do compromisso. Estas estratégias preconizam o abandono da luta para eliminar a dor, direccionando a energia no sentido de viver aprendendo a lidar com esta. Encorajar a aceitação e atribuição de um significado diferente à dor, a pessoa deixa de se focar na eliminação da dor, procurando viver melhor com os sintomas. Aqui encontramos o “*recovery*” fundamentado, promovendo-se não a vivência sem dor, mas a melhor vida possível com a dor. Estes autores referem ainda os factores que podem dificultar este ajustamento, como a ideia de dor catastrófica, problemas emocionais e sociais. A ideia de dor catastrófica é definida como uma resposta negativa exagerada a uma dor actual ou antecipada, estando esta ideia associada a sentimentos de desesperança, diminuição de estratégias de *coping* eficazes, pessimismo e ideação suicida. Os problemas emocionais mais focados são a depressão e a ansiedade (Turk 2004; Raphael et al. 2006, citados por Egeli e MacMillan (2011). A investigação prova ainda que estes utentes beneficiam deste encaminhamento e aconselhamento, sobretudo as mulheres, que revelam a presença de desafios elevados a nível emocional e social, relacionados com a dor (Egeli e MacMillan, 2008).

Como já foi referido, Dor, Ansiedade *Stress* e Depressão, são entidades que se intersectam, potenciando-se entre si, diminuindo o bem-estar da pessoa com dor.

2.1- O *stress* na pessoa com Dor Crónica

O *Stress* é considerado por Sequeira (2006) uma consequência prejudicial para a pessoa de uma forma genérica, caracterizando um estado em que o indivíduo se encontra. Borges, Luiz e Domingos (2009) referem que *stressor* é qualquer situação que gere um estado emocional forte, levando a uma quebra de homeostase interna, exigindo alguma adaptação. Podem ser internos (o modo de ser de cada um, as suas crenças (ir)racionais) ou externos

(acontecimentos de vida, fora do corpo e da mente da pessoa). As fases do *stress* são: Alerta, Resistência e (Pré)Exaustão/ Exaustão. Na primeira, o organismo prepara-se para a luta ou a fuga, podendo existir produtividade caso o *stress* não seja excessivo. Caso o *stressor* seja contínuo, o organismo tenta readaptar-se e resistir (resistência). Há uma grande utilização de energia, o que pode gerar desgaste, cansaço e falta de memória. Se houver adaptação, o processo é interrompido sem sequelas. O estado de pré-exaustão é caracterizado pelo surgimento de doenças, podendo oscilar ainda entre o conforto e a tranquilidade. Caso o *stressor* seja mantido o indivíduo entra em exaustão. Existe um agravamento quer a nível psicológico (ansiedade, depressão), quer físico (hipertensão arterial, aumento de frequência cardíaca, tensão muscular). Os autores concluem então que a presença de sintomas psicológicos como *stress*, ansiedade e depressão podem influenciar o início e a manutenção da dor crónica, produzindo consequências para o indivíduo, família e sociedade.

2.2- A ansiedade na pessoa com Dor Crónica

A ansiedade, de acordo com a NANDA (Johnson et al., 2009), enquanto diagnóstico de enfermagem, é definida como:

um vago e incomodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonómica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É sinal de alerta que chama a atenção para um perigo eminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. (Johnson et al., 2009, p.72)

Emerge assim a necessidade de desenvolver intervenções psicoterapêuticas de enfermagem de forma a diminuir o sofrimento associado, com a finalidade de ajudar o indivíduo a realizar as suas capacidades e atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, prevenindo o desenvolvimento de doença mental. Paulino e Godinho (2009) enquadram a ansiedade e o medo enquanto uma resposta emocional a uma situação de perigo ou ameaça, ou a uma situação geradora de sobrecarga psicológica. Associada a esta resposta emocional é activado o sistema nervoso autónomo, que se manifesta através do aumento da tensão muscular, taquicardia, xerostomia, palpitações, tonturas, entre outras. A ansiedade não é necessariamente negativa, uma vez que pode surgir como resposta a uma situação percebida como perigosa ou desgastante, e neste sentido, torna-se uma reacção natural e fundamental para a sobrevivência. Desta forma pode ser encarada como motivadora e como base propulsora do desempenho individual. Porém, a ansiedade pode ter repercussões negativas se for excessiva, tornar-se disfuncional e patológica dificultando a capacidade de adaptação do indivíduo, impedindo-o de agir como é o caso dos transtornos derivados de

formas persistentes e difusas de ansiedade. A ansiedade é patológica quando os sintomas e comportamentos relacionados são tão graves e ocorrem com tal frequência que interferem com o trabalho e a vida de relação (Paulino & Godinho, 2009). Fenomenologicamente, o autor Spielberger referenciado por Baptista, Carvalho e Lory (2005), refere que a ansiedade pode ser caracterizada como ansiedade traço, ou ansiedade estado. A primeira refere-se a um modo habitual e consistente de reacção, ou seja um traço de personalidade do indivíduo. A ansiedade estado (pertinente para a abordagem da dor), refere-se como um estado emocional transitório de reacção episódica ou situacional. Para Spielberg, o estado de ansiedade poderia ser observado como um corte transversal temporal na corrente emocional da vida, passando o sujeito a manifestar sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, com activação do sistema autónomo. É este estado que importa dominar, adoptando estratégias para controlar a ansiedade estado, permitindo que a pessoa funcione melhor, melhor adaptada à sua dor e à sua vida. Também Phaneuf (2002) corrobora esta ideia ao referir que a ansiedade acompanha a dor crónica, “referindo que a ansiedade é a luneta de aumento de todos os incómodos” (p. 393).

Para Rodrigues (2007), para além das manifestações físicas (alterações circulatórias, tensão muscular, sudorese excessiva, alterações no tom de voz e sintomas gastrointestinais), existem também manifestações comportamentais. As pessoas reagem de formas diferentes perante as situações geradoras de ansiedade: enquanto algumas conseguem expressar e falar abertamente sobre o que sentem, outras negam a sua existência e recusam falar sobre ela, outras reagem com hostilidade e irritabilidade e outras ainda com choro. O mesmo autor, baseado em estudos de Davis (2000) e Schofiel (2005) afirma que a dor crónica tem influência directa na ansiedade (35% tem níveis elevados de ansiedade) e que por outro lado, a ansiedade também interfere na percepção da dor. Na verdade, a dor aguda cede mais facilmente à medicação, enquanto a dor crónica poderá aliviar, mas nunca na sua totalidade, intensidade e persistência. Como referem Araújo-Soares e Figueiredo (2001) citados por Rodrigues (2007), é este ciclo que se pretende quebrar, intervindo em várias dimensões.

2.3- A Depressão na Pessoa com Dor Crónica

A depressão, enquanto entidade é descrita por Frazão (2005) citado por Rodrigues (2007) é uma das mais comuns e tratáveis doenças mentais, que pode afectar indiscriminadamente qualquer indivíduo, quaisquer que sejam as suas circunstâncias, com elevada prevalência mundial. Sabe-se no entanto, que um portador de dor crónica tem maior

probabilidade de apresentar um quadro depressivo e que a depressão, por sua vez, também pode influenciar a percepção da dor. Este aspecto é justificado pela fragilidade crónica em que a pessoa se encontra e pela dependência de outros muitas vezes existente Metzger et al, 2002 citado por Rodrigues (2007). Estudos de Lorençatto, Vieira, Pinto e Petta (2002), Adams e Field (2002), Worz (2003), e Symreng e Fishman (2004), lidos em Rodrigues (2007) corroboram esta ideia e acrescentam o impacto que estas duas entidades em conjunto têm nas actividades de vida diárias.

O artigo escrito por Ferro e Vandenberghe (2005) foca uma abordagem diferente das tradicionais, no sentido que o foco não está em primeiro lugar no ensino de estratégias de *coping*, mas simultaneamente em aspectos da vivência pessoal e única da dor:

- a experiência de si mesmo, com as suas limitações, as suas perspectivas e o seu projecto de vida;
- a dimensão interpessoal: a função e o significado da dor nas interacções (relações íntimas, dinâmica familiar e outros ambientes sociais);
- a dimensão social mais ampla onde entram o estigma e o status especial conferidos em função da dor crónica, as suas consequências empregablísticas e o seu papel como membro da sociedade.

A abordagem da Psicoterapia Analítica Funcional para dor crónica pretende ser um contexto para aprender com a experiência em si mesma: ampliar a interpretação das queixas e explorar o contexto subjectivo e interpessoal para possibilidades inesperadas de aumento de qualidade de vida.

Cabe ao enfermeiro, conhecer os contributos de todas estas abordagens para dar respostas eficazes à pessoa com dor, pois está provada a pertinência da liderança do enfermeiro nos grupos, pelo conhecimento das teorias da dor, competências de comunicação e liderança (como referem Dysvik e Furnes, 2012), e conhecimento único da pessoa como um todo.

Intervenção junto da pessoa com Dor Crónica: *Empowerment, Recovery*

A intervenção individual é baseada na perspectiva existencial-humanista, no modelo de relação de ajuda proposto por Chalifour (2008), como abordado na fundamentação teórica do relatório de estágio. Os princípios baseiam-se na força motivadora e na tendência actualizante do cliente, na directiva para a autenticidade do terapeuta, compreensão empática e verdadeira do outro e no pressuposto de que quando o cliente se apercebe desta compreensão empática, a sua tendência actualizante intensifica-se. A relação de ajuda pretende o *empowerment* da pessoa com dor.

A relação de ajuda vai permitir avaliar a dor e compreender a verdadeira dimensão que esta tem na qualidade de vida da pessoa. De acordo com Portnoi (2004), a avaliação psicológica da pessoa com dor deve centrar-se, em primeiro, na saúde mental, detectando a presença e influência de diferentes factores psicológicos que possam causar, manter ou agravar a percepção da dor e do sofrimento. Em segundo lugar, como objectivo, pretende-se a optimização das diversas terapias, averiguando expectativas, possíveis resistências e obstáculos previsíveis. Os mesmos autores sublinham a cronicidade da dor, a incerteza diagnóstica e poucas perspectivas prognósticas como geradores de grande prevalência de ansiedade nestas pessoas. A avaliação deverá ser realizada por entrevista aberta, estruturada ou sem-estruturada, com a preocupação no entanto de explorar o impacto da dor na vida da pessoa. O preenchimento de questionários, observação directa do comportamento e a aplicação de algumas escalas poderá ser útil na realização dos diagnósticos de enfermagem (ex: ansiedade).

Para Phaneuf (2002), os alvos de intervenção na pessoa com dor crónica são a depressão, a ansiedade, a cólera, o sentimento de impotência, a dor, o suporte aos comportamentos adaptativos, os meios para ajudar as pessoas a viver no máximo das suas potencialidades e o apoio aos que lhe são próximos. Serão focadas as intervenções na ansiedade e no suporte aos comportamentos adaptativos, pela possibilidade de intervenção em grupo. Assim, esta autora preconiza a criação de um clima de confiança que permita à pessoa libertar as suas tensões. Poderá ser utilizado o toque intencional para transmissão não-verbal de um sentimento de calma e confiança. É importante explicar que é permitido chorar e que é compreensível a falta de coragem por vezes. Quando a pessoa coloca questões, é importante fornecer alguma informação, mas moderada, e de acordo com o que a pessoa está preparada para ouvir, de forma a não aumentar ainda mais a sua ansiedade. Phaneuf sugere ainda acrescentar a esta compreensão empática e presença calorosa, a prática de uma técnica de

relaxamento. Quanto à exploração do máximo das suas potencialidades, o enfermeiro deverá ajudar na identificação destas possibilidades e tentar repelir limitações. Estimular a coragem e autoconfiança, ajudar a identificar os seus limites e definir as actividades que lhe são permitidas e agradáveis. São ainda abordados alguns meios não farmacológicos de alívio da dor como: modificação das percepções de dor (tentando encontrar algo positivo na experiência da dor) e encontrar técnicas para o alívio (meditação, relaxamento, criação de imagens mentais, auto-hipnose, distração, massagem, toque terapêutico, acupressão).

Também numa perspectiva mais concreta, Sequeira (2006), propõe-nos intervenções baseadas num diagnóstico de ansiedade, como: disponibilizar presença; manifestar interesse; demonstrar uma atitude de aceitação; ouvir as preocupações da pessoa; usar o silêncio quando apropriado; estar fisicamente disponível; permanecer como suporte e dar garantias de segurança (facilitando a redução do medo) ; planejar/oferecer escuta activa (encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos); ajudar a pessoa na identificação de situações problema geradoras de ansiedade; estar atento ao tom, ritmo e volume de voz; identificar os temas predominantes no discurso; demonstrar empatia e compreensão; evitar barreiras à comunicação (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, falar de si próprio, terminar prematuramente a conversa); promover suporte emocional; encorajar a falar como forma de diminuir a resposta emocional; proporcionar ajuda na tomada de decisões; proporcionar conforto; ficar com a pessoa; não fazer exigências ou pedir que ele tome decisões; apoiar os mecanismos de resolução presentes (por exemplo, permitir que caminhe, chore, fale...), falar (lenta e calmamente); gerir ambiente; executar técnicas de relaxamento, entre outras.

Salienta-se então as técnicas de relaxamento, consideradas pertinentes pelos autores supracitados para serem desenvolvidas nas sessões de grupo.

O relaxamento

O termo relaxamento é habitualmente usado para descrever um estado de descontração muscular. Contudo uma visão ampla do conceito engloba também uma dimensão mental. Payne (2003), citando Ryman (1995), define o relaxamento como um estado de consciência, caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo. Assim, o relaxamento tem uma relação entre a componente física e psicológica (relaxamento muscular e pensamentos agradáveis). É desta forma que os mecanismos responsáveis pelo relaxamento são abordados por teorias fisiológicas e psicológicas. Visto

que a ansiedade estimula o sistema nervoso autónomo, mas também o sistema endócrino e a musculatura esquelética (Payne, 2003), os estados de relaxamento opõem-se às manifestações físicas da ansiedade. As manifestações da ansiedade ocorrem a três níveis: somático (fisiológico), cognitivo (psicológico) e comportamental (acções observáveis). É deste ponto de vista que os modelos cognitivo, comportamental, e cognitivo-comportamental, explicam a ansiedade e o relaxamento, como eventual forma de controlo. De acordo com a teoria cognitiva, as interpretações, suposições, e conclusões dão origem a sentimentos particulares, que, por sua vez determinam o nosso comportamento. Assim, a forma como interpretamos os acontecimentos condicionam as nossas reacções. Neste caso, alguém que interpreta erradamente um estímulo como ameaçador, desenvolve reacções e manifestações de ansiedade. Partindo deste princípio, Payne (2003), refere-se a Ellis e a Beck e às suas considerações quanto ao controlo do indivíduo sobre os seus pensamentos e à capacidade de os poder modificar. Condiciona-se assim uma mudança emocional e comportamental sobre determinado estímulo. É nesta lógica que se insere a reestruturação cognitiva, combatendo padrões de pensamento desfavoráveis, através da reordenação das percepções, valores e atitudes da pessoa. Quanto à teoria comportamental, esta assenta nos estudos de Pavlov (condicionamento clássico) e nos estudos de Skinner (condicionamento operante), a crença central é a de que o comportamento é controlado por associações, ou por um sistema de recompensa/ castigo, respectivamente (Payne, 2003). Assim, podemos afirmar que perante um determinado acontecimento que no passado provocou ansiedade, é possível que, por associação, o indivíduo volte a desenvolver manifestações de ansiedade perante circunstâncias semelhantes (condicionamento clássico). Noutra perspectiva, o indivíduo reproduz determinado comportamento se este for recompensado de alguma forma, ou evita-o se houver alguma forma de castigo ou punição desfavorável (condicionamento operante). A abordagem cognitivo-comportamental entende o comportamento controlado pelo diálogo interno do indivíduo. Assim, se o diálogo interno for positivo o resultado comportamental tende a ser também positivo, levando à concretização de objectivos, estimulando assim a confiança. A abordagem cognitivo-comportamental é concebida de forma a dar ao indivíduo uma sensação de maior controlo sobre a sua vida, bem como uma protecção contra o *stress* e ansiedade desnecessários (Payne, 2003).

A conceptualização destes modelos teóricos permite compreender o relaxamento como uma componente de controlo de *stress* e de ansiedade, e é nesta perspectiva que a intervenção de enfermagem se desenvolve. Ao longo das sessões serão desenvolvidos vários tipos de

relaxamento, de forma a oferecer uma multiplicidade de experiências que permitam à pessoa escolher a que melhor a faz sentir.

Intervenção Grupal

A terapia de grupo prima pela oportunidade que oferece aos seus membros para aumentar o crescimento pessoal, auto-estima e consciência acerca das suas vidas. Através das interações de grupo, as pessoas aprendem a lidar melhor com a frustração, raiva e conflitos, de forma construtiva e em ambiente não ameaçador, Guerra e Lima (2005). A intervenção grupal aqui realizada vai ao encontro dos pressupostos descritos na fundamentação do relatório de estágio, abordando-se aqui apenas a especificidade da dor crónica. O grande objectivo é aumentar a adesão ao tratamento, manter as pessoas activas e melhorar globalmente a qualidade de vida. No caso concreto da fibromialgia enquanto exemplo de dor crónica, a intervenção em grupo parece extremamente pertinente, pela necessidade de gestão emocional da experiência da dor na qualidade de vida e consequente ansiedade e *stress* manifestados. Esta intervenção em grupo ganha particular ênfase num artigo de Souza, Bourgault, Charest, Marchand (2008), onde descrevem os benefícios da intervenção em grupo em pessoas com fibromialgia e dor crónica, direccionados para a implementação de um plano de exercício físico, relaxamento, controlo do *stress* e terapia cognitivo-comportamental. Referem que estes programas multidisciplinares duram entre um a seis meses, com variação dentre 10 a 25 utentes por grupo.. O estudo foi feito com a implementação de um programa com 9 sessões semanais. O programa fundamenta-se nas teorias da comunicação e no princípio do recovery, centrando a intervenção na situação presente em vez de se fixar na condição inicial (passado). Outro dos teoremas desta teoria é de que a interação entre os elementos do grupo permite uma ligação estreita de forma a que as mudanças no comportamento de um elemento, implica mudanças no comportamento dos outros. Outro princípio é o de que “é impossível não comunicar”, estando o não verbal em constante mobilização na intervenção em grupo. O modelo é centrado na interação, através da mobilização de diferentes estratégias terapêuticas. A supervisão foi feita por profissionais de saúde (onde estava o enfermeiro), mantendo sempre os mesmos elementos do grupo (pela ligação que amplia a influência de uns sobre os outros). Os resultados provam uma excelente adesão ao tratamento, com reduções estatisticamente significativas na redução da percepção da dor, o aumento da disponibilidade física e mental dos elementos, melhoria nos distúrbios de humor e percepção de controlo dos sintomas, mesmo um ano após a alta. Os autores

salientam a versatilidade do programa, pelo que foi utilizado como modelo para planeamento da intervenção em grupo, mas com as devidas adaptações.

Também Soares (2005), relatou a sua experiência no trabalho com doentes com esclerose múltipla no livro de Gerra e Lima (2005). Pelo carácter de cronicidade tal como a fibromialgia, e pelas implicações a nível físico, psicológico, familiar e social, foram também retiradas algumas ideias para a realização do planeamento das sessões. Esta autora foca as alterações emocionais, bem como a incerteza e ansiedade decorrentes do desconhecimento da doença, aumento progressivo de incapacidade e alteração de papéis, com conseqüente diminuição da auto-estima. Existe então, à semelhança da fibromialgia maior incidência de depressão e *stress*. São definidos como objectivos gerais o desenvolvimento pessoal e a adaptação à doença. A autora baseia-se igualmente na nos grupos de suporte (originários nos T-Groups, dirigidos ao desenvolvimento de capacidades em relações humanas e autoconhecimento). Estimula a reflexão, clarificação de sentimentos e apoio entre os membros, promovendo um ambiente seguro e de liberdade, favorável à tomada de decisão. O líder assume o papel de facilitador, sendo autêntico, demonstrando respeito e compreensão. O grupo é fechado (para maior comprometimento e abertura entre os participantes), homogéneo (quanto ao problema, estadio da doença e proximidade de idades) e tem a duração de cerca de 9 sessões (podendo ser aumentadas se o grupo entender necessário). Os objectivos gerais são: aumentar o leque de conhecimento acerca da doença; promover competências de *coping* para lidar com a doença; ajudar os doentes a controlar e minimizar o impacto dos problemas psicológicos da doença; divulgar os recursos da comunidade; promover a criação de um núcleo da Associação de Apoio a doentes com Esclerose Múltipla. As sessões são planeadas tendo por base a componente informativa, o treino de competências, a promoção da coesão do grupo, a partilha de experiências pessoais e o *feedback*.

A inspiração nestes programas supra descritos, permitirá o planeamento das sessões mais eficazmente, de forma a melhor responder às necessidades dos elementos.

Caracterização da população alvo

A intervenção será direccionada a um grupo de 4/5 que apresentam dor crónica e são acompanhadas na consulta da dor do Hospital de Santarém. Os critérios de inclusão foram a pertença ao mesmo grupo etário, serem seguidas na consulta da dor e manifestarem vontade de participar no grupo. Os critérios de exclusão foram perturbações psiquiátricas graves e alterações cognitivas.

Foi realizada uma entrevista aberta a todas as participantes, onde foram colhidos dados sobre elas, a história familiar, antecedentes pessoais e familiares de saúde, hábitos de vida e interesses. Foi aplicada a escala EADS-21. Foi seleccionada esta escala por já ser um instrumento implementado na Consulta de Ajuda, não sendo necessário pedido formal de autorização. Está validada por Ribeiro, Honrado e Leal em 2004 para a população portuguesa e permite a distinção entre três estados (ansiedade, *stress* e depressão), quando é necessário lidar com ligações complexas entre perturbações emocionais e exigências do meio. A aplicação da escala revelou índices baixos a moderados de *stress* e ansiedade.

PLANEAMENTO DAS SESSÕES

Planeamento da 1ª sessão

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“O Grupo e os seus objectivos”	<ul style="list-style-type: none"> Definir os objectivos do programa da intervenção na dor e ansiedade; Contextualizar as sessões de acordo com o fenómeno da dor e gestão de emoções associadas Informar sobre a dinâmica a seguir ao longo das sessões da intervenção; Promover a adesão ao grupo de cada um dos participantes; Perceber as expectativas de cada elemento; 	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Contrato Terapêutico Breve apresentação livre a pares 	20 min
“Nós no grupo”	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver as relações interpessoais, promovendo o conhecimento entre cada participante do grupo; 	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cartões com questões baseadas na técnica da psicologia positiva 	50 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Criar uma dinâmica de Grupo baseada em questões direccionadas para “Uma apresentação positiva de mim” 			
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre respiração abdominal • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Folheto acerca dos benefícios do relaxamento • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • velas aromáticas, • música ambiente relaxante 	35 min
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Informar acerca da próxima sessão • Propor a realização de trabalho de casa: definir 3 objectivos a atingir durante a frequência do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		15 min

Justificação do planeamento da sessão:

Foi pensado o planeamento da sessão por temas, no sentido de ajudar a estruturar e criar um fio condutor para as utentes. Como se fossem capítulos de um livro, as sessões são desenvolvidas por partes distintas, mas sempre com um contínuo de sentido. A apresentação e definição de objectivos de grupo e utilização de metodologia expositiva prevê a “quebra do gelo” inicial.

Num primeiro momento pretende-se que, a pares, cada elemento se apresente, no que considerar importante, iniciando-se pelo líder (que é, idade, profissão, o que gosta, etc). Esta apresentação ocorrerá a pares: cada elemento apresentará o outro, na informação que reteve

dele. Quem está a ser apresentado poderá acrescentar, reformular, etc., sendo o objectivo desta dinâmica será a “quebra do gelo” inicial.

Seguir-se-á a leitura conjunta do contrato terapêutico para esclarecimento de dúvidas e registo de assinatura, num sentido de compromisso e do consentimento livre e esclarecido. O fornecimento do contrato terapêutico com as condições do grupo, os objectivos e os temas a abordar fará também com que a pessoa fique com um registo escrito, de forma a poder reflectir, pesquisar ou partilhar em casa. Tentar-se-á perceber e registar quais as expectativas de cada um face à frequência do grupo, de forma a articular e planear melhor as intervenções.

A fase seguinte pretende alcançar um conhecimento mais aprofundado de cada elemento, através de questões simples (que não comprometam nem exijam a exposição pessoal). Cada elemento será convidado a apresentar-se, mostrando o melhor de si (baseado nas técnicas e exercícios da psicologia positiva). As questões, baseadas no programa de intervenção de Rodrigues em Guerra e Lima (2005), dirigido a toxicodependentes ligados ao sistema de justiça, pretendem aumentar os sentimentos de valorização pessoal, dando uma nova perspectiva acerca do seu projecto de vida.

Também neste grupo de suporte, pretende-se valorizar cada elemento do grupo, evidenciando o que é capaz de fazer e faz bem. Ao revelar o que prefere, as coisas mais importantes para si e as suas maiores qualidades, a pessoa aumenta o *insight* acerca de si e da sua situação, promovendo sentimentos de autovalorização e auto-estima (um dos objectivos desta intervenção em grupo). Será fornecido um cartão-guia com as questões a responder, colocando ao critério de cada pessoa se quer fazer o registo escrito ou apenas resposta verbal. As questões são: **Cor favorita, Prato favorito, Actividade de lazer que mais gosto, Pessoa mais importante na minha vida, Uma coisa que gosto em mim é...; Uma coisa que os outros gostam em mim é...; Uma coisa que faço bem é...; Um elogio que me fizeram recentemente foi...; As pessoas podem contar comigo para...; Acredito que tenho coragem para...**

Existirá para além da partilha, espaço para a verbalização de emoções e sentimentos, de forma a ir ao encontro das necessidades de cada um, tentando não contornar o objectivo principal da dinâmica que é “uma apresentação positiva de mim”.

Relaxamento

Relativamente ao relaxamento, irá iniciar-se uma breve explicação acerca dos benefícios do relaxamento (baseado na fundamentação teórica). Será exercitada a técnica da

respiração abdominal e posteriormente a técnica da imaginação guiada. No final da sessão será entregue um folheto com os objectivos e benefícios do relaxamento (ver material de apoio à realização da 1ª sessão).

Técnica da respiração abdominal:

O objectivo da utilização da respiração como método de relaxamento logo na primeira sessão é que as participantes compreendam a sua importância, simplicidade e adaptabilidade a várias situações do seu dia-a-dia. São vários os motivos expostos por Payne (2003): a sua influência directa no sistema autónomo (através do aumento de actividade do sistema parassimpático e consequente diminuição da tensão), são técnicas fáceis de aprender, são particularmente úteis em pessoas com dificuldade no recurso às imagens mentais e os exercícios de respiração podem ser efectuados em qualquer lugar e circunstância (sendo acessível em qualquer situação de *stress*).

O primeiro passo é a consciencialização da respiração: inicia-se prestando atenção aos movimentos do tórax e abdómen e ao ritmo da respiração. Ao colocar as mãos sobre a zona da grelha costal, pode perceber-se com maior clareza estes movimentos; outra forma é colocar uma mão na região do tórax anterior (linha infra clavicular) e outra na linha umbilical, percebendo a oposição de movimentos: na inspiração o tórax expande e o abdómen contrai, acontecendo o inverso na expiração. É importante despender algum tempo neste exercício de consciencialização. É importante também a percepção do ritmo associado ao estado emocional: quando a pessoa se encontra tranquila e relaxada, a respiração é mais lenta e o contrário acontece quando o indivíduo experimenta um estado de *stress*. Em suma (Payne, 2003):

- A respiração deve ocorrer de forma natural, ao ritmo próprio de cada pessoa;
- Deve deixar-se “o ar entrar” ao invés de “inspirar”;
- Salvo situações de exercícios concretos, não deverá existir pausas ou bloqueios na continuidade da inspiração-expiração;
- A respiração deverá ser executada pelo nariz (o ar é aquecido e filtrado);
- A respiração deve efectuar-se sempre de forma calma;

Este tipo de respiração coloca em ênfase os movimentos de expansão abaixo da região torácica. Esta relacionada com a contracção do diafragma e os seus efeitos de opressão nos órgãos abdominais. Quando o diafragma está relaxado, a pressão sobre estes órgãos diminui e

o abdómen também. Para realizar este exercício, a pessoa deve colocar-se o mais confortável possível e as instruções serão:

“Durante uns momentos, tente visualizar uma imagem que lhe seja agradável...demore-se algum tempo...enquanto o seu corpo relaxa, dirija a atenção para a sua respiração...pouse levemente a mão sobre o seu umbigo...e foque-se nessa área... Comece por uma expiração que ocorra naturalmente...e perceba o que acontece a essa área...repare no movimento descendente que ocorre por baixo da sua mão...Depois, deixe que o ar levemente entre nos seus pulmões e perceba a dilatação que agora ocorre nessa região... à medida que vai expelindo do ar naturalmente...repare novamente como a sua mão afunda levemente...prossiga com a sua respiração naturalmente..”

Relaxamento através da construção de imagens mentais

A imagem, já dizia Aristóteles na antiguidade, que a afirmou como condição essencial ao pensamento. De facto, o pensamento baseia-se em imagens, na sua função criativa, associada ao hemisfério direito. Recordar, projectar, imaginar, sonhar, são apenas algumas das funções a este hemisfério associadas e apenas possíveis com o recurso a imagens mentais. Desde 1980, que Lyman et al, defendem uma ligação das imagens mentais às emoções e, conseqüentemente, aos estados fisiológicos. Esta ideia é corroborada e provada mais tarde por Jacobson (1983), onde imagens mentais positivas fazem diminuir a tensão muscular, sendo o inverso igualmente verdadeiro. É baseado nesta ideia, que o exercício de imaginação guiada pretende induzir nas participantes um profundo estado de relaxamento muscular, aumentando o bem-estar. Payne (2003), refere a utilização de imagens mentais como valor terapêutico de forma a proporcionar: autodesenvolvimento e mudança psicológica; relaxamento; distração (para enfraquecer o poder dos pensamentos geradores de *stress*, o que faz particular sentido na abordagem da ideia catastrófica da dor) e como cura. A mesma autora defende que o procedimento se deve iniciar com um estado de relaxamento (pré-requisito imperioso), pelo que se preconiza previamente a técnica da respiração abdominal. A utilização da música tranquilizante é também no sentido de auxiliar a indução deste estado de relaxamento. Posteriormente serão dadas algumas instruções breves acerca do que se pretende obter. Na finalização, a imagem mental deverá ser terminada gradualmente, permitindo à pessoa o contacto progressivo com o estado pleno de alerta. Deverá ser dado espaço à pessoa para alongar e levar o seu tempo a retomar a sua actividade normal.

A construção da ideação orientada, baseada nos pressupostos supracitados da imagem mental será elaborada através de um guião construído, onde são mobilizados os 5 sentidos, por ordem de dominância: visão, som, cheiro, sabor e toque/ temperatura. Será evocado um cenário da natureza ao agrado da pessoa (baseado na avaliação das utentes, todas elas referiram imagens tranquilizantes semelhantes), enfatizando a experiência sensorial de se movimentar nele (ver material de apoio à realização da sessão nº1). O guião desta sessão foi realizado no cenário “a Praia” adaptado, omitindo a parte da flutuação no mar, visto existir pelo menos uma pessoa no grupo que referiu não saber nadar (podendo ser potenciador de *stress* e medo). A Música será seleccionada de forma a concordar com o cenário “a praia” para potenciar a evocação da imagem (som das gaivotas e som das ondas do mar). Em termos de riscos, esta técnica é considerada segura e não invasiva. Payne (2003) sustentada em autores como Donovan (1980), Hamm & O’Flynn (1984), King (1988) e Dossey (1988), considera que esta técnica é útil na redução da angústia psicológica na população saudável e que as imagens mentais poderão provocar uma mudança benéfica nas percepções da pessoa.

No final da sessão, existirá um espaço para partilha do que os elementos sentiram ao longo da sessão. Como forma de consolidar e fazer a ligação para a próxima sessão em grupo, sugerir-se-á um trabalho para casa, que será registar (livremente) o que cada pessoa sentiu ao longo desta sessão.

Plano alternativo de sessão:

O planeamento de qualquer sessão de grupo, pressupõe que o líder preveja eventuais dificuldades e que pense em estratégias alternativas. Assim, caso seja necessário introduzir uma temática, será lançada a questão “ Como é que a dor influencia a minha vida?”. A temática pretende abordar-se na 2ª sessão, direccionada a perceber a influência que a dor tem na vida de cada uma. A expressão de emoções e sentimentos pretende ser uma constante ao longo do grupo, mas aqui direccionada a aumentar a empatia e eventual identificação (por vivência de dificuldades semelhantes) entre os elementos do grupo. Serão então lançadas algumas questões orientadoras como:

- Quando tenho dor como é que me sinto?
- Onde me dói mais quando sinto dor?
- Como é que reajo com os outros que estão à minha volta?
- Como é que eu gostaria de reagir?
- O que é que faço quando sinto dor?

Contrato Terapêutico

CONTRATO TERAPÊUTICO

Grupo de Suporte - Grupo de âmbito psicoeducacional e psicoterapêutico da unidade da Dor em Parceria com a Enfermagem de Ligação do Departamento de Saúde Mental

Bem - vinda!!

Este é um espaço que pretendemos que seja seu, um espaço de apoio, de partilha, de ajuda e de busca de informação para lidar com a dor e as implicações na sua vida. O intuito da realização destas sessões de grupo é promover o bem-estar e aumentar ou melhorar a sua saúde mental e física.

Este contrato pretende dar-lhe a conhecer informação importante sobre o funcionamento do grupo. Solicitamos que leia e assinie, para que fique registado o seu acordo e tomada de conhecimento.

Objectivos

- Estabelecer objectivos grupais e individuais concretos e possíveis de concretizar;
- Aumentar o auto-conhecimento de cada elemento do grupo
- Identificar o impacto individual da dor no bem-estar de cada elemento
- Informar acerca de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, promovendo a partilha entre os elementos do grupo
- Dar a conhecer técnicas de relaxamento como forma de alívio da dor e sintomatologia associada

Cada sessão de grupo iniciar-se-á sempre por um momento de partilha de informação acerca de vários temas que serão abordados e um segundo momento de desenvolvimento da técnica de relaxamento.

Temas a abordar durante as sessões

A influência da dor no bem estar da pessoa; Gestão das emoções; Estratégias para alívio da dor e promoção do bem-estar; Saúde Física e Saúde Mental; Auto-conhecimento e Auto-

Elementos dinamizadores

Enfermeira (Especialista em Enfermagem de Saúde Mental)

Enfermeira (Unidade da Dor)

Enfermeira (A frequentar especialidade Enfermagem de Saúde Mental)

Elementos participantes

Número variável de utentes seguidas na Unidade da Dor por dor crónica (de variada etiologia).

Duração e frequência

As sessões têm a duração de aproximadamente 120 min, quinzenalmente. A duração variará consoante as necessidades detectadas e acordada entre todos os elementos, mas prevê-se a realização de cerca de 10/11 sessões.

Local

As sessões terão lugar no ginásio do Departamento de Saúde Mental

Condições do grupo

Confidencialidade: Toda a informação revelada e partilhada no grupo será mantida sigilosamente ao abrigo da ética profissional pelas enfermeiras presentes e não será revelada sem o consentimento prévio (salvo situações de risco de vida). Deverá ser mantida a mesma confidencialidade por todos os elementos do grupo. Se necessitar de discutir a sua situação com uma colega ou dinamizadora, serão feitos os possíveis para dissimular a informação que a possa identificar.

Desistência e ausência: Se tiver necessidade de cancelar a marcação das sessões (por assuntos urgentes ou doenças), faça-o com antecedência, caso contrário poderá estar a desrespeitar os restantes elementos do grupo e dinamizadoras. Por outro lado, sendo uma intervenção baseada na comunicação e efeitos do relaxamento poderá não usufruir dos benefícios em pleno. Poderá no entanto desistir em qualquer etapa do grupo, sendo solicitado que informe com dois a três dias de antecedência.

Os **contactos** das dinamizadoras serão disponibilizados no grupo. Para qualquer informação urgente poderá também contactar a Unidade da Dor ou o Departamento de Saúde Mental

Consentimento Informado: Li e compreendi todas as informações anteriores. Foi-me dada a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer sugestões. Concordo então, de forma livre e esclarecida a participar nas sessões de grupo com vista à prestação de Cuidados de âmbito psicoeducacional e psicoterapêutico.

Data:

Assinatura:

Planeamento da 2ª Sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar sensações importantes despertadas na sessão anterior • Perceber as expectativas que cada elemento apresenta do grupo • Terminar a dinâmica de apresentação “Uma apresentação positiva de mim” 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartões com questões baseadas na técnica da psicologia positiva 	30 min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o impacto individual da dor no bem-estar de cada elemento (emoções e sentimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo • Exercício “Temores e Esperanças” (Fritzen, 1981) • Técnica de <i>brainstorming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel • Caneta • Quadro • Marcadores 	50 min
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar e exemplificar sobre respiração abdominal • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento • Introduzir o relaxamento muscular progressivo de Jacobson 	<ul style="list-style-type: none"> • Método demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Folheto da respiração abdominal • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • velas aromática s, • Música ambiente relaxante 	35 min

<p>“No final desta sessão..”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Informar acerca da próxima sessão • Propor a realização de trabalho de casa: definir 3 objectivos pessoais a atingir no final do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		<p>15 min</p>
----------------------------------	---	---	--	---------------

Decorrente do desenvolver da primeira sessão, a segunda iniciar-se-á pela discussão e partilha das sensações registadas por cada elemento durante a sessão de relaxamento. Será dado ênfase às emoções positivas e aos benefícios imediatos sentidos, tal como foi dado a conhecer. O objectivo é que cada elemento se consciencialize de como se sentiu e que estas sensações de bem-estar podem ser prolongadas, ajudando-as a viver com maior bem-estar. A partilha das expectativas de cada um servirá no fundo para se conseguir adequar melhor o planeamento das sessões às necessidades do grupo e para que haja um sentido de compromisso.

A sessão iniciar-se-á pela dinâmica prevista na primeira sessão “Uma apresentação positiva de mim”, conforme justificação prévia. Pretende-se a valorização de cada um a partir da exposição no grupo dos aspectos positivos, clarificando e demonstrando as potencialidades de cada elemento.

Seguidamente, a dinâmica proposta basear-se-á num brainstorming (o que estava preconizado como plano B para a primeira sessão) acerca de como a dor influencia a vida de cada uma delas. Pretende-se nesta fase, solidificadas as apresentações, iniciar a abordagem de um dos objectivos propostos para o grupo: “Identificar o impacto individual da dor no bem-estar de cada elemento (emoções e sentimentos)”. Este exercício, baseado no exercício de “Temores e Esperanças” (Fritzen 1981 citado por Guerra e Lima, 2005) permite consciencializar o grupo sobre as suas motivações, desejos, angústias e medos. Divide-se o grupo em dois, onde discutem e registam numa folha de papel os principais medos, dificuldades e esperanças de cada um. Posteriormente, reúne-se o grupo todo e realiza-se um *brainstorming* acerca das conclusões retiradas no subgrupo. Esta abordagem pretende numa fase inicial dar oportunidade de catarse de emoções e partilha com pessoas que vivenciam emoções semelhantes, reelaborando e apreendendo novas formas de olhar para aquilo que

sentem. Por outro lado, pretende-se conhecer as principais dificuldades para que a abordagem das estratégias para lidar com a dor seja incisiva e adequada. No final, serão registadas as principais dificuldades, pois ao nomeá-las e clarificá-las, aumenta a consciencialização, sendo mais fácil pensar e pesquisar as melhores estratégias para lidar com elas.

No final desta dinâmica, dar-se-á início ao relaxamento. O relaxamento iniciará-se pela respiração abdominal, algo que os elementos do grupo verbalizaram alguma dificuldade em compreender e acompanhar na sessão anterior. Pretende-se assim que primeiramente na posição de sentado, a pessoa tome consciência e treine esta respiração, colocando dúvidas, para que fique o mais autónoma possível para a utilização desta técnica em qualquer circunstância que necessite.

Posteriormente, seguir-se-á o relaxamento propriamente dito, recorrendo novamente à imaginação guiada, mas adicionando aqui o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, pela dificuldade manifestada por uma das senhoras em relaxar completamente o corpo pela dor. Assim, pretende-se que com a contracção e descontração muscular, se aumente a sensação física de bem-estar, colocando estas duas forças opostas em evidência. O relaxamento muscular progressivo, segundo Payne (2003), deriva da obra de Edmund Jacobson. Este autor conseguiu demonstrar, através de estudos científicos, que o pensamento está relacionado com o estado muscular e que as imagens mentais são acompanhadas por pequenos níveis de actividade da musculatura. Foi através desta conclusão, que Jacobson, segundo Payne (2003), elaborou a teoria de que uma mente calma, reflecte um corpo liberto de tensão, e por conseguinte, uma musculatura descontraída será automaticamente acompanhada pela tranquilização dos pensamentos e redução da actividade simpática. Jacobson refere que a actividade muscular é acompanhada por sensações tão subtis que normalmente não nos apercebemos delas. Sublinha então a importância para a concentração nas mesmas, consciencializando-as, reconhecendo-as e por conseguinte libertando-as (Payne, 2003). Jacobson desenvolveu assim a técnica de relaxamento muscular progressivo, tendo sido readaptada para uma técnica mais curta. Esta abordagem consiste na promoção da aprendizagem do relaxamento de grupos musculares específicos e em simultâneo, prestar atenção às sensações associadas aos estados de tensão e de relaxamento, com os objectivos de atingir um estado de relaxamento profundo e controlar o excesso de tensão desencadeada por estados de ansiedade. Sousa (2005) cita Jacobson referindo-se à técnica por si desenvolvida:

Em geral as emoções fazem participar os músculos esqueléticos, conhecidos sob o nome de músculos voluntários. Intervindo na contracção dos músculos estriados, a relaxação progressiva metódica diminui

até à extinção dos estados de tensão nervosa, a actividade mental e a intensidade das emoções. Os resultados confirmam o valor da relaxação como método de psicoterapia para o tratamento dos estados emocionais crónicos e das tensões nervosas, assim como para as doenças psicossomáticas. Tenho razões para crer que uma aplicação prudente destes princípios nas clínicas e nas escolas pode diminuir o desgaste do organismo humano e aumentar a eficácia humana.

Será pedido aos elementos para se deitarem confortavelmente no colchão, em decúbito dorsal, com os braços ao longo do corpo, e de seguida serão dadas algumas observações introdutórias. Esta técnica pode-se realizar ao som de uma música ambiente tranquilizante. Pede-se para fixar a atenção num determinado grupo muscular, e indicar-se-á quando esses músculos devem estar ora tensos, ora descontraídos. A tensão (pré determinada pela palavra “agora”) é mantida durante 5 segundos e os períodos de relaxamento (pré determinados pela palavra “relaxar”) devem manter-se por um período de 30 segundos. Este procedimento repete-se até todos os 16 grupos musculares terem sido trabalhados, num tom de voz tranquilizador. Por fim, é indicando a cada participante que comece a mobilizar o seu corpo, de forma gradual e calma. A fase seguinte refere-se à partilha em grupo da sessão, de forma a finalizá-la. A sequência é dada por:

- Braço: Mão em aranha, contraída sobre uma superfície. Focar na sensação de tensão durante alguns segundos e em seguida, relaxar, concentrando-se no relaxamento cada vez maior e na sensação provocada. Braço em bastão: a tensão inicia-se nos dedos, deixando que depois percorra todo o braço
- Perna: Pés a apontar para a cara, mantendo o contacto da região popliteia com o colchão durante alguns segundos e relaxar; Pés a apontar para fora do colchão, sem exagerar no esforço. Focar nas sensações produzidas na região gemelar. Flexão e extensão dos dedos dos pés.
- Tensão dos músculos abdominais: puxar os músculos para dentro, como se quisesse colar o umbigo às costas. Sentir a tensão debaixo das costelas, sobre os órgãos e na parte posterior da pélvis.
- Fortalecimento dos ombros: centrar a atenção nas omoplatas, por trás dos ombros. Fazer força para trás para as tentar juntar. Focar-se na sensação de tensão e expansão torácica e em seguida relaxar. Elevação dos ombros: Empurrar os ombros para cima como se quisesse tocar nas orelhas. Sentir a tensão na parte inferior do pescoço e relaxar.
- Nuca: empurrar a cabeça contra o colchão, de forma a fazer um duplo queixo

- Parte superior da face: Elevação das sobrancelhas: levantar o mais possível as sobrancelhas, centrar-se na sensação e depois relaxar. franzir as sobrancelhas: fazer o movimento oposto, focando-se nas sensações e relaxar; Olhos: fechar os olhos com força, focando-se na tensão e relaxar de seguida.
- Parte inferior da face: Maxilar inferior: juntando os dentes molares com alguma pressão, focar-se na sensação e relaxar; Lábios: pressionar um contra o outro como se tivesse a rejeitar algo, manter a tensão e em seguida relaxar; Língua: pressionar a língua contra o palato, manter a tensão e relaxar. Realizar a mesma acção para cada bochecha, focando-se na sensação de relaxamento.

No final preconiza-se a concentração na respiração.

Plano B:

Como recurso alternativo, caso seja necessário, prevê-se a abordagem de algumas estratégias não farmacológicas para alívio da dor. Assim, caso surja oportunidade, após abordar as dificuldades sentidas no brainstorming relacionadas com a influência da dor na vida de cada um, será dada a questão de partida “O que faço quando tenho dor?”. Será ouvido cada elemento, reforçando positivamente as estratégias encontradas e explorando os benefícios encontrados, de forma a consciencializar os restantes elementos da sua possível pertinência. À medida que forem abordadas algumas estratégias não farmacológicas, serão introduzidas outras pertinentes. Assim, o preconizado no controlo da dor pela NIC, para além dos aspectos prévios da avaliação da dor, são: o *biofeedback*, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, diversão, terapia de jogos, terapia de actividades, acupressão, aplicação de calor ou frio e massagem (Ferreira e Rigotti, 2005). Discutidas algumas destas estratégias, será introduzida a importância da actividade física no alívio da dor. Assim, será explorada a hipótese do alongamento e da caminhada diária. Serão abordados do ponto de vista do benefício na redução da percepção da dor e disposição física e mental (como abordado na fundamentação teórica, baseado no programa da escola inter-relacional de fibromialgia, Souza, Bourgault, Charest e Marchand, 2008). Será discutida a hipótese da caminhada para cada elemento em específico, perante o local onde reside, as suas limitações físicas e a sua disponibilidade. Será também apresentado um programa de alongamentos (ver anexo) e discutida a sua pertinência com os elementos do grupo. A pertinência dos alongamentos da fibromialgia é amplamente discutida como benéfica, como comprova um estudo brasileiro. O grupo submetido ao programa de alongamento realizava, duas vezes por semana, exercícios

para membros superiores, inferiores e tronco; enquanto outro grupo serviu como controle, sem realizar tais exercícios. As análises mostraram que as pacientes que participaram do programa de alongamentos apresentaram diferenças estatisticamente significantes, do ponto de vista de benefícios, em relação ao limiar da dor, flexibilidade, fadiga, sono, rigidez articular, função física, vitalidade, saúde mental, dor e componente físico na avaliação de qualidade de vida (XXVIII Congresso Brasileiro de Reumatologia. Mesa de Tema Livre: Fibromialgia, reumatismos de partes moles. 21 de Setembro de 2010).

Caso seja executado este plano B, o trabalho de casa, será realizar uma nova estratégia discutida no grupo.

Planeamento da 3ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> Sintetizar sensações importantes despertadas na sessão anterior 	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo e demonstrativo 		15 min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> Identificar o impacto individual da dor no bem-estar de cada elemento (emoções e sentimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo Exercício “Temores e Esperanças” (Fritzen, 1981) Técnica de <i>brainstorming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Papel Caneta Quadro Marcadores 	50 min
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar e exemplificar sobre respiração abdominal Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento Introduzir o relaxamento muscular progressivo de Jacobson 	<ul style="list-style-type: none"> Método demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> Folheto da respiração abdominal Colchões e/ou cadeiras; mantas; velas aromáticas, Música ambiente relaxante 	50 min

<p>“No final desta sessão..”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Informar acerca da próxima sessão • Propor a realização de trabalho de casa: definir 3 objectivos pessoais a atingir no final do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		<p>15 min</p>
----------------------------------	---	---	--	---------------

A dinâmica proposta basear-se-á num brainstorming acerca de como a dor influencia a vida de cada uma delas. Pretende-se nesta fase, solidificadas as apresentações, iniciar a abordagem de um dos objectivos propostos para o grupo: “Identificar o impacto individual da dor no bem-estar de cada elemento (emoções e sentimentos) ”. Este exercício, baseado no exercício de “Temores e Esperanças” (Fritzen 1981 citado por Guerra e Lima, 2005) permite consciencializar o grupo sobre as suas motivações, desejos, angústias e medos. Divide-se o grupo em dois, onde discutem e registam numa folha de papel os principais medos, dificuldades e esperanças de cada um. Posteriormente, reúne-se o grupo todo e realiza-se um brainstorming acerca das conclusões retiradas no subgrupo. Esta abordagem pretende numa fase inicial dar oportunidade de catarse de emoções e partilha com pessoas que vivenciam emoções semelhantes, reelaborando e apreendendo novas formas de olhar para aquilo que sentem. Por outro lado, pretende-se conhecer as principais dificuldades para que a abordagem das estratégias para lidar com a dor seja incisiva e adequada.

O brainstorming é, para Coutinho e Júnior (2007) uma técnica de recolha de informação muito utilizada na investigação em Ciências Sociais e Humanas com o objectivo de explorar novas ideias sobre um tema ou alternativas de solução para problemas da mais diversa índole seja em organizações, empresas, negócios, etc. Pode ser feito individualmente ou em grupo, mas é neste último caso que a técnica revela mais potencial na medida em que as interações no grupo fazem despoletar mais ideias do que as obtidas individualmente. Também pode ser feito verbalmente ou por escrito (*written brainstorming ou brainwriting*) dependendo a escolha de por uma ou outra das modalidades do público-alvo, da natureza da questão a analisar ou ainda dos objectivos específicos do investigador. Traduzido à letra, o termo remete-nos para a ideia de exercício do cérebro e na prática o objectivo é esse mesmo já que, num grupo, a ideia que um dos membros tem pode despoleta a de outro fazendo com que

todos ampliemos a nossa capacidade normal de pensar sobre um determinado assunto ou questão (Mullen et al, 1991 citado por Coutinho e Júnior, 2007). A técnica do *brainstorming* procura lançar sobre um tema proposto o maior número de ideias, num período limitado de tempo, ou seja, pretende provocar e captar o máximo de ideias possíveis sobre um tema, antes de as submeter às regras do pensamento lógico. Para que esta técnica resulte, é importante que o grupo esteja liberto de ideias preconcebidas e inibições, relativamente à aplicação desta técnica. De facto, no *brainstorming*, o que importa não é responder de forma acertada ou lógica mas de forma espontânea e criativa. Recolhido o manancial de ideias despoletadas durante o *brainstorming*, a fase seguinte passa por uma análise e organização das mesmas numa listagem (*checklist*) para posterior comparação e reflexão. Os resultados são por vezes tão vastos e tão surpreendentes que podem conduzir á descoberta de soluções inovadoras ou fonte de inspiração de novas ideias nunca antes equacionadas.

No final, serão registadas as principais dificuldades, pois ao nomeá-las e clarifica-las, aumenta a consciencialização, sendo mais fácil pensar e pesquisar as melhores estratégias para lidar com elas.

No final desta dinâmica, dar-se-á início ao relaxamento. O relaxamento iniciar-se-á pela respiração abdominal, algo que os elementos do grupo verbalizaram alguma dificuldade em compreender e acompanhar nas sessões anteriores. Pretende-se assim que primeiramente na posição de sentado, a pessoa tome consciência e treine esta respiração, colocando dúvidas, para que fique o mais autónoma possível para a utilização desta técnica em qualquer circunstância que necessite. Seguir-se-á o relaxamento por imaginação guiada.

Plano B: Como recurso alternativo, caso seja necessário, prevê-se a abordagem de algumas estratégias não farmacológicas para alívio da dor. Assim, caso surja oportunidade, após abordar as dificuldades sentidas no *brainstorming* relacionadas com a influência da dor na vida de cada um, será dada a questão de partida “O que faço quando tenho dor?”. Será ouvido cada elemento, reforçando positivamente as estratégias encontradas e explorando os benefícios encontrados, de forma a consciencializar os restantes elementos da sua possível pertinência. À medida que forem abordadas algumas estratégias não farmacológicas, serão introduzidas outras pertinentes. Assim, o preconizado no controlo da dor pela NIC, para além dos aspectos prévias da avaliação da dor, são: o *biofeedback*, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, diversão, terapia de jogos, terapia de actividades, acupressão, aplicação de calor ou frio e massagem (Ferreira e Rigotti, 2005). Discutidas algumas destas estratégias, será introduzida a importância da actividade física no alívio da dor. Assim, será

explorada a hipótese do alongamento e da caminhada diária. Serão abordados do ponto de vista do benefício na redução da percepção da dor e disposição física e mental (como abordado na fundamentação teórica, baseado no programa da escola inter-relacional de fibromialgia, Souza, Bourgault, Charest e Marchand, 2008). Será discutida a hipótese da caminhada para cada elemento em específico, perante o local onde reside, as suas limitações físicas e a sua disponibilidade. Será também apresentado um programa de alongamentos (ver anexo) e discutida a sua pertinência com os elementos do grupo. A pertinência dos alongamentos da fibromialgia é amplamente discutida como benéfica, como comprova um estudo brasileiro. O grupo submetido ao programa de alongamento realizava, duas vezes por semana, exercícios para membros superiores, inferiores e tronco; enquanto outro grupo serviu como controle, sem realizar tais exercícios. As análises mostraram que as pacientes que participaram do programa de alongamentos apresentaram diferenças estatisticamente significantes, do ponto de vista de benefícios, em relação ao limiar da dor, flexibilidade, fadiga, sono, rigidez articular, função física, vitalidade, saúde mental, dor e componente físico na avaliação de qualidade de vida (XXVIII Congresso Brasileiro de Reumatologia. Mesa de Tema Livre: Fibromialgia, reumatismos de partes moles. 21 de Setembro de 2010).

Caso seja executado este plano B, o trabalho de casa, será realizar uma nova estratégia discutida no grupo.

Planeamento da 4ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> Sintetizar sensações importantes despertadas na sessão anterior 	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo e demonstrativo 		10 min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> Aplicação da escala “Inventário das Formas de Lidar com a dor” Apresentar e Discutir algumas estratégias para lidar com a dor crónica 	Método expositivo e interactivo : <ul style="list-style-type: none"> Finalização do brainstorming da sessão anterior Aplicação da escala 	<ul style="list-style-type: none"> Papel Caneta Quadro Marcadores Data-show Computador 	90 min

		<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação em PowerPoint de algumas estratégias para lidar com a dor 		
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Método demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • velas aromáticas, • Música ambiente relaxante 	20 min
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Informar acerca da próxima sessão • Propor a realização de trabalho de casa: Utilizar uma nova estratégia e discutir a sua eficácia 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		10 min

Após o aquecimento inicial, terminar-se-á a dinâmica de *brainstorming* iniciada na última sessão.

Será aplicada a escala “Inventário das formas de lidar com a Dor crónica”, uma escala com várias subescalas de estratégias de *coping*, divididas em: Defesa ou protecção, Descanso, Pedidos de ajuda, Relaxamento, Persistência, Exercício Físico e Alongamentos, Procura de apoio social e familiar, Autoconvencimento. Esta escala evidencia as estratégias de coping como fundamentais para uma correcta avaliação, tratamento e acompanhamento da pessoa com dor. Define coping como a aplicação voluntária e dirigida das estratégias comportamentais e/ou cognitivas no controlo ou gestão de eventos ou circunstâncias difíceis entendidas pela pessoa como fontes de conflito, sofrimento, stress e sobrecarga. Assim é importante distinguir as estratégias que condicionam melhorias daquelas que não se traduzem em ganhos, podendo até aumentar o problema. Assim, por se encontrar validada para a

população portuguesa (Pela Faculdade de Medicina da universidade do Porto, 2007), será aplicada para permitir uma avaliação das estratégias que estão a ser utilizadas pelos elementos do grupo.

Seguidamente, será realizada uma apresentação em PowerPoint, enunciando algumas estratégias para lidar com dor crónica. O objectivo é centrar na psicoeducação e fornecimento de informação, de forma a aumentar a sensação de controlo sobre a gestão da dor.

Recorrendo a alguns aspectos já abordados na fundamentação teórica, reforça-se a ideia de conhecer a dor para intervir adequadamente. Em termos práticos, também a DGS (2001), na sua brochura “A dor crónica de origem não maligna”, propõe uma série de estratégias práticas, direccionadas às dificuldades sentidas. Assim, a nível de ajudas temos:

- Ajudas domésticas (adequação do espaço, percebendo tudo o que causa agravamento da dor). Ex: Reduzir a utilização de escadas, organizando o espaço de forma a realizar as tarefas do dia-a-dia no mesmo local; Adequar as cadeiras; Colocar corrimões para ajudar na deslocação pela casa; instalar um “poliban” em vez de banheira; Utilizar um ferro mais leve para passar a ferro; Cozinhar sentado; Utilizar um carrinho de compras para deslocar pesos;
- Ajudas técnicas: Mesmo os movimentos mais simples poderão tornar-se complicados. Assim, adequar tacões e palmilhas para diminuir a dor nas costas e pescoço; Colocar prateleiras, barras de apoio, assentos altos de sanita; Verificar se pequenas actividades provocam dor e pedir a alguém que as antecipe: cortar pão ou carne, descascar vegetais, abrir embalagens ou pacotes, etc.

A nível de estilos de vida, este documento realça uma atitude positiva, indo ao encontro da corrente da psicologia positiva escolhida para abordar a dor, já fundamentada. Refere que a participação em actividades interessantes e agradáveis pode também aumentar o ciclo de amigos e ajudar a resolver algumas situações.

A nível de sono e repouso, é importante regularizar o padrão de sono, sendo aconselhado: evitar sestas durante o dia, criar um horário de deitar e levantar (rotina), praticar alguns exercícios de relaxamento antes de deitar, evitar leituras, programas televisivos ou vídeos excitantes, evitar o consumo de café ou chá com cafeína, ter uma temperatura agradável no quarto, procurar uma posição confortável (ex: almofadas para elevar as pernas).

A postura utilizada pela maior parte das pessoas sobretudo na deslocação e pesos nem sempre é a mais adequada. É importante fazer uso das alavancas naturais do nosso corpo (joelho e cotovelos) para os flectir, em vez de usar a coluna.

Prática de exercício físico regular: mantém um corpo maleável e flexível, melhora a função cardio-respiratória, aumenta a força, ajudando também na melhoria da auto-imagem e auto-estima. A introdução da actividade deve ser lenta e planeada cuidadosamente com apoio de profissionais. Os alongamentos e a caminhada são exercícios de baixo impacto, que ajudam a desenvolver os benefícios mencionados. A pertinência dos alongamentos da fibromialgia é amplamente discutida como benéfica, como comprova um estudo brasileiro. O grupo submetido ao programa de alongamento realizava, duas vezes por semana, exercícios para membros superiores, inferiores e tronco; enquanto outro grupo serviu como controle, sem realizar tais exercícios. As análises mostraram que as pacientes que participaram do programa de alongamentos apresentaram diferenças estatisticamente significantes, do ponto de vista de benefícios, em relação ao limiar da dor, flexibilidade, fadiga, sono, rigidez articular, função física, vitalidade, saúde mental, dor e componente físico na avaliação de qualidade de vida (XXVIII Congresso Brasileiro de Reumatologia. Mesa de Tema Livre: Fibromialgia, reumatismos de partes moles. 21 de Setembro de 2010).

Outras medidas práticas:

- Aplicação de calor: pela vasodilatação causada, aumenta o metabolismo e estimula as terminações nervosas cutâneas. Assim, banhos de água quente, botijas de água quente. A nível profissional, os fisioterapeutas podem aplicar ultra-sons e ondas curtas.
- Aplicação de frio: o frio, por outro lado, ao provocar a vasoconstrição, provoca uma sensação de hipostesia, diminuição da sensibilidade, reduz o edema e o espasmo muscular. No entanto não deve ser aplicado por mais de 5 min por risco de queimadura. Não deve também ser aplicado directo, mas sim embrulhado num pano ou toalha.
- Massagem: provoca o relaxamento muscular, diminuindo a frequência cardíaca e respiratória. Promove os a circulação de linfa, sangue, secreções pulmonares, edema e promove a motilidade intestinal, acelera o processo de cicatrização. A nível psicológico proporciona associado ao relaxamento muscular, alívio da ansiedade e tensão e alívio da dor, potenciando uma sensação geral de bem-estar. Pode aprender-se a massagem zonas específicas do corpo (pés, mãos, pernas) e realizar automassagem. A massagem nos ombros e costas será realizada por outra pessoa, com ajuda de óleos ou cremes hidratantes. Se se associar a aromaterapia à massagem, o potencial efeito relaxante aumenta. Existem vários movimentos de massagem como refere Sapeta (2003): “effleurage” – alisamento e rolamento da pele; “Effleuage pétrissage” – pressão:

amassamento, torcedura e beliscamento, “Tapotement” – precursão: pancadas ou palmadas suaves; Vibração, agitação e fricção profunda (transversal ou circular).

- Outras abordagens físicas: acupunctura e estimulação eléctrica transcutânea (aplicação de corrente eléctrica de baixa voltagem à pele (com eléctrodos) com finalidade analgésica. Numa baixa voltagem obtém-se uma analgesia mais prolongada e numa maior voltagem obtém-se um alívio mais significativo na aplicação).
- Outras abordagens psicológicas: hipnose, yoga, técnicas de *biofeedback* (um processo psicoterapêutico específico de auto-regulação).

No seguimento destas estratégias do foro psicológico para abordar e gerir a dor, a DGS (2001) elaborou um documento sobre a dor crónica, referindo a importância de uma atitude positiva e o desenvolvimento de capacidades para enfrentar e gerir os problemas. Pode ler-se na pág. 12, “para conviver com a dor crónica, há que ser capaz de reduzir a sua importância, tolerar e aceitar”. Os factores que influenciam positivamente são: estar ocupado, estar bem informado acerca das condições que causam a dor. Os factores que influenciam negativamente são: a existência de problemas anteriores não resolvidos, a dificuldade em aceitar o envelhecimento, sofrimentos adicionais como luto e solidão. Assim, as estratégias encontradas deverão ser mais activas do que passivas, criando actividades que dêem satisfação. Gerir o *stress* é outro dos focos levantados, sendo o relaxamento uma das principais estratégias propostas por vários autores. Enumeram-se as abordagens propostas:

1- Estratégias didácticas

É de extrema importância que os profissionais de saúde forneçam dados correctos acerca da doença ou dor de cada pessoa. Etiologia, consequências mais importantes, tratamentos a realizar, vantagens e desvantagens, etc, com o intuito de promover comportamentos adequados. A discussão destes aspectos com a pessoa permite o *feedback* importante que é esperado dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo que envolve e motiva a procurar ainda mais informação, que deverá sempre ser validada e discutida.

Para Gomes (2008) poderá ser importante enquadrar a dor num modelo explicativo (ex: modelo biopsicossocial) de forma ajustada à capacidade de percepção da pessoa, dando exemplo adequados à sua experiência da dor. O objectivo é aumentar a compreensão dos objectivos propostos, fazendo a ponte entre a reestruturação progressiva das crenças e a capacidade de gestão da dor. A inclusão dos comportamentos e actividades a incluir para melhorar a dor, bem como os que deve evitar, aumentam também esta sensação de controlo.

2- Programação de actividades diárias

Grande parte das pessoas com dor têm consideráveis limitações físicas, não só pela experiência mas por patologia associada, tratamentos, etc. Gomes (2008), cita o conceito de descondicionamento (introduzido por Bortz, 1984) relacionado com a redução progressiva dos movimentos e actividades que a pessoa se sente menos capaz ou com menor disponibilidade. A defesa à dor, o medo de se magoar ou forçar demais conduz ao “desuso”, agravando ainda mais a experiência física e psicológica da dor. A sintomatologia depressiva acompanha também estas pessoas em grande parte dos casos (como já foi abordado na fundamentação teórica) potencia a diminuição de energia e entusiasmo para realizar diversas actividades. De acordo com Joyce-Moniz e Barros (2005) citados por Gomes (2008) a introdução da programação das actividades assume uma função facilitadora da activação física, funcionalidade e autonomia da pessoa com dor. Deve, primeiramente perceber-se como é que a pessoa gere a sua actividade (no sentido de perceber se há uma actividade abusiva no dia em que se sente bem, aumentando depois a hipótese de dias maus seguintes, explicando à pessoa que o equilíbrio é o mais importante). A ideia será ajustar progressivamente o que a pessoa quer fazer e é importante para si fazer, adequada a todas as suas condições. O autor supracitado alerta ainda para a tendência para generalizar as incapacidades e a formulação de hipóteses negativas e pessimistas (não sou capaz, não tenho tempo...). Aqui a programação de actividades é também importante no sentido do confronto com dados objectivos, ajudando assim ao desmoronamento destas hipóteses negativas.

3- Distracção

As técnicas de distração têm sido referenciadas não só na abordagem da dor mas também da ansiedade gerada. Deverá ser explicado que os processo da atenção estão envolvidos na percepção da sensação física e que, por outro lado, não se consegue prestar atenção a dois estímulos ao mesmo tempo, focando-se no estímulo mais importante (Gomes, 2008). A dor, como estímulo poderoso que é, chama para si a atenção, o que resulta numa maior introspecção. O que se pretende é encontrar actividades suficientemente aliciantes e distractoras que foquem a atenção da pessoa, desviando-a assim do estímulo interno da dor. É importante encontrar o equilíbrio entre o Dever e o Querer, ou seja, realizar equilibradamente actividades de carácter obrigatório (ex: tarefas domésticas) e as actividades de bem-estar, alegria e descontração (ex: passear). Caso a pessoa não consiga em determinada altura realizar algumas destas actividades, a direcção da atenção para as características físicas do

meio (um pormenor na parede) ou para pensamentos que requerem uma atenção relativa (Ex: planear o dia seguinte) poderão ser boas estratégias de estratégias.

4- Técnicas de auto-sugestão

As sugestões são induzidas deliberadamente para produzir alterações no pensamento e suscitar bem-estar físico e emocional (Joyce-Moniz e Barros, 2005, citados por Gomes, 2008). As sugestões do indutor ajudam a direccionar a atenção para fora do meio imediato e a pessoa deverá ter a capacidade de se deixar absorver pelas experiências interiores evocadas pela voz e imagem mental. A reprodução posterior pela própria pessoa é um dos objectivos, no sentido de prolongar o bem-estar obtido pelo tratamento inicial conduzido pelo profissional.

Exemplo disto é o **relaxamento**, amplamente estudado cientificamente na diminuição do stress físico e emocional. Para além de funcionar como estratégia de distração (pela forma como conduz a imagens, sensações e pensamentos agradáveis), actua também pela redução da tensão muscular (também já fundamentado: tensão-> perigo-> activação do sistema simpático -> aumento da dor). A sua eficácia depende da persistência do treino regular.

Geralmente associada ao relaxamento, para potenciar a sua acção, a **imaginação guiada**, pretende induzir na pessoa uma nova realidade. Aquilo que no quotidiano se consegue por vezes através da leitura de um livro, ou visualização de um filme, afastando o indivíduo das sensações físicas presentes. Neste contexto, podem funcionar: a introdução de imagens que contrastem com a dor (como um local agradável para a pessoa), a transformação do significado da sensação dolorosa (imaginar concentrar toda a dor num local específico do corpo), introduzir sensações de analgesia (que recebeu uma injeção que aliviou muito a dor); transformar o contexto em que a dor ocorre (imaginar que foi ferido num contexto social específico que tem de disfarçar a dor); imaginar situações de confronto específicas (conversar com a entidade patronal sobre a dor e as suas limitações). Quanto mais clara e definida for esta imagem mental, mais eficaz será. É importante ajudar a pessoa a explorar a imagem através dos 5 sentidos (introduzindo estímulos verbais de sensações). A introdução desta metodologia pressupõe apurar se a pessoa já utiliza esta metodologia e desmistificar algumas ideias associadas.

5- Reestruturação cognitiva

Esta técnica baseia-se na racionalização de crenças e atitudes da pessoa, na procura de distorções da realidade. É importante clarificar o que a pessoa quer dizer, limitando as falácias

de pensamento. Ou seja, se a pessoa diz “a dor limita toda a minha vida”, é importante esclarecer ao pormenor quais as áreas que a pessoa considera estarem afectadas (algo já iniciado na sessão anterior), evitando a generalização. O confronto com eventuais ganhos da doença é também descrito pelos autores como importante. Se as pessoas são mais atenciosas e simpáticas comigo quando eu demonstro a minha dor ou incapacidade existirão ganhos secundários que sustentem a manutenção deste padrão de comportamento. As auto-imposições perfeccionistas são também geradoras de mal-estar e sofrimento, sendo importante debater os significados atribuídos a dor e à sintomatologia, bem como as expectativas da pessoa, promovendo a auto-aceitação.

6- Resolução de problemas, treino assertivo e role-play

A intenção é aumentar as capacidades de confronto relativamente à vivência da dor e suas consequências. Pretende-se que a pessoa olhe para o problema como solucionável e trace objectivos, alternativas, tomando decisões e focando-se na solução escolhida. Novamente, a consciencialização e *empowerment* pretendem reduzir a sintomatologia depressiva, aumentando o bem-estar e auto-realização do indivíduo. Também o treino da assertividade, pretende melhorar as capacidades de comunicação para ser capaz de expressar aos outros as suas vivências, por um lado, e por outro, facilitar a interacção com os outros em momentos de crise (o que faz especial sentido, visto a dificuldade no autocontrolo da impulsividade quando existe dor, ter sido referido como dificuldade). O isolamento e desinvestimento no exterior acontece muitas vezes também pela aquisição de novos papéis familiares e sociais e o impacto da perda de funcionalidade na pessoa. Isto poderá conduzir a sentimentos e pensamentos negativos que, quando incorrectamente partilhados, poderão ser mal interpretados e incompreendidos.

O role-play poderá ser usado para ensaiar e consolidar estas competências adquiridas, num contexto protegido e simulado, mas que coloca a pessoa na acção, onde a confronta também com o seu não-verbal.

7- Auto-monitorização

É o treino das pessoas na auto-monitorização dos seus comportamentos face à dor, pois está provado que aumenta a adesão ao tratamento. Este registo (por exemplo da actividade física) torna-se também um bom meio de discussão entre profissional e a pessoa.

8- Programação e contingências de reforço

Gomes (2008) refere que o reforço por parte da família dos comportamentos positivos que a pessoa adota perante a sua dor, é um dos principais factores de adesão ao tratamento e para o desenvolvimento de sentimentos de auto-eficácia. Assim, esta metodologia propõe a utilização de um conjunto de atitudes e estratégias de reforço que ajudem a sistematizar a atenção positiva, em detrimento da dor e sofrimento. O intuito é ensinar a pessoa a acreditar que possui recursos e capacidades e que deve assumir responsabilidade no controlo da sua dor. Assim, deve ser programado um esquema de tratamento que contemple a introdução gradual de actividades que, a serem cumpridas, definem a concretização de pequenos objectivos, de forma a modelar o comportamento desejado e adequado.

Para além deste aspecto, os programas devem contemplar também a introdução estruturada de auto-verbalizações positivas (incentivos pessoais no confronto com a dor). Pode ser sobretudo utilizado na preparação para o confronto com a dor. Assim, são definidos 4 passos importantes (baseados em Joyce-Moniz e Barros, 2005, citados por Gomes, 2008):

- Preparação para a dor (antes que fique intensa ou descontrolada). Reconhecer os sinais percussores da crise. Exemplos de verbalizações: “Posso pensar num plano para lidar com a dor. Devo concentrar-me no que posso fazer. Não posso preocupar-me porque isso não me ajuda”
- Confronto com a dor intensa: é o momento para relaxar e colocar em prática as estratégias escolhidas (utilizar técnicas de distração e relaxamento, tomar determinada medicação SOS). Exemplo de verbalizações: “Posso lidar com isto. Uma coisa de cada vez. Posso relaxar, respirar fundo ou fazer outra coisa. Posso não pensar na dor e concentrar-me no que devo fazer”.
- Momentos críticos: a avaliação dos momentos críticos permite perceber a pertinência das estratégias escolhidas e a necessidade ou não de planear outras. O objectivo é manter a percepção sobre o controlo da dor, evitando sentimentos negativistas e destrutivos. Exemplo de verbalizações: “Quando sinto a dor, faço uma pausa para me concentrar no que devo fazer. Não tento eliminar a dor na totalidade, mas só torna-la suportável. Sei que as sensações aumentam e posso manter as coisas sob controlo”.
- Após ter tido a dor atenuada é realizada uma avaliação dos resultados obtidos com o plano definido para o confronto com a dor, valorizando a persistência e empenho da pessoa. Exemplo de verbalizações: “Estou a portar-me bem. Não é tão difícil como

pensava. Cada vez faço melhor. Não deixo que os pensamentos negativos interfiram com o meu plano. Sabia que conseguia lidar com a situação. Vou contar o meu sucesso ao meu cuidador”.

A apresentação será então baseada na estruturação de todos estes contributos teóricos, organizados de forma lógica e o mais prática possível. No final será realizado um relaxamento por imaginação guiada.

Plano B: Caso seja desenvolvida antecipadamente toda a apresentação, avançar-se-á com a demonstração de um plano de alongamentos, executando-o e acompanhando a sua realização.

Planeamento da 5ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir o diário da dor sugerido na sessão anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e interactivo 		30min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação da Apresentação e discussão de algumas estratégias para lidar com a dor crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e interactivo: • Apresentação em PowerPoint de algumas estratégias para lidar com a dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Data-show • Computador 	90 min
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Método demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • Música ambiente relaxante 	20 min
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Propor a realização de trabalho de casa: Utilizar uma nova estratégia e discutir a sua eficácia 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		10min

No sentido de dar continuidade à sessão anterior iniciar-se-á a 5ª sessão pela discussão do diário da dor de cada uma das senhoras. Este documento, tal como já foi referido na fundamentação da sessão anterior, é um excelente meio para a discussão com os profissionais de saúde, no sentido da melhor caracterização possível da dor para uma abordagem mais eficaz. Seguidamente, será desenvolvida a apresentação em *PowerPoint* das estratégias de lidar com a dor crónica programada para a sessão anterior (ver fundamentação do planeamento da sessão nº4). Preconiza-se a existência de espaço para a discussão das estratégias já utilizadas e os resultados obtidos.

No final da apresentação preconiza-se a apresentação das estratégias mais utilizadas por cada uma das participantes, no sentido de aumentar a consciência (de acordo com o Inventários das Formas de Lidar com a Dor Crónica). Ao conhecer o que já é utilizado poderá, por um lado, reforçar-se com outras estratégias semelhantes (da mesma subescala) ou fazer uma tentativa para adoptar outro tipo de estratégias. Desta forma será pedido no final da sessão que utilizem uma nova estratégia para posterior discussão do resultado obtido.

Como plano B, utilizar-se-á o planeado também para a sessão anterior (guião de alongamentos).

Seguir-se-á o relaxamento, com o guião de imaginação guiada “A ilha” e posterior partilha das sensações despertadas.

Planeamento da 6ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir o diário da dor sugerido na sessão anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e interactivo 		30 min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação da Apresentação e discussão de algumas estratégias para lidar com a dor crónica 	Método expositivo e interactivo: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação em PowerPoint de algumas estratégias para lidar com a dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Data-show • Computador 	90 min
“O grupo ajuda-me a	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de relaxamento, induzindo 	<ul style="list-style-type: none"> • Método demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Colchões e/ou cadeiras; 	20 min

relaxar”	relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento		<ul style="list-style-type: none"> • mantas; • velas aromáticas • Música ambiente relaxante 	
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Propor a realização de 2 trabalhos de casa: Utilizar uma nova estratégia e discutir a sua eficácia e descrever uma situação em que mobilizaram as suas melhores qualidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		10 min

Por necessidade de valorizar e discutir algumas estratégias de autocontrolo, a sessão anterior foi direccionada neste sentido. Por iniciativa de alguns elementos do grupo, deu-se espaço de discussão e partilha, no sentido de aumentar o autoconhecimento, tão importante para lidar com a influência da dor na vida de cada pessoa. Assim e por não realização do diário da dor, foi explicada a sua importância para possibilitar a discussão. Desta forma, a 6ª sessão dará continuidade às estratégias já iniciadas na 4ª sessão (ver fundamentação teórica).

No final será solicitado que escolham e se comprometam a utilizar uma nova estratégia discutida e apresentar os resultados numa próxima sessão.

Será também solicitada a realização de um exercício baseado na psicologia positiva “como por em prática uma apresentação positiva de mim?” De forma a mudar o modo habitual de pensar com o foco nos aspectos negativos (Batista, 2013), vão descrever uma situação que ilustre as suas melhores capacidades.

Seguir-se-á o relaxamento por imaginação guiada.

Como **plano B**, mantém-se a exemplificação de alguns alongamentos (ver guião).

Planeamento da 7ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar aspectos importantes da última sessão • Apresentação e discussão do TPC “Uma apresentação positiva” 	<ul style="list-style-type: none"> • Método interactivo 		60 min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> • Dar continuidade às estratégias para lidar com a dor • Apresentação e demonstração de um plano de alongamentos (baseado no guião de alongamentos do programa Saúde e Bem-estar do serviço de internamento de psiquiatria do HDS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Folheto de alongamentos 	60 min
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar o treino da respiração abdominal • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Método demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • Música ambiente relaxante 	30 min
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Propor a realização de trabalho de casa: iniciar o plano de alongamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		15 min

A sessão iniciar-se-á pela discussão do TPC. O exercício proposto tem como objectivo a consciencialização das características positivas que cada elemento apresenta, como justificado na sessão anterior, focando na experiência positiva do “Eu que lembra”.

No sentido de dar continuidade às estratégias abordadas na sessão anterior, “abrir-se-á” nesta sessão, um espaço para explorar uma das estratégias mais evidenciadas pela literatura como mais eficazes no controlo da dor crónica- os alongamentos. Como já justificado no planeamento da 3ª sessão:

A pertinência dos alongamentos da fibromialgia é amplamente discutida como benéfica, como comprova um estudo brasileiro. O grupo submetido ao programa de alongamento realizava, duas vezes por semana, exercícios para membros superiores, inferiores e tronco; enquanto outro grupo serviu como controle, sem realizar tais exercícios. As análises mostraram que as pacientes que participaram do programa de alongamentos apresentaram diferenças estatisticamente significantes, do ponto de vista de benefícios, em relação ao limiar da dor, flexibilidade, fadiga, sono, rigidez articular, função física, vitalidade, saúde mental, dor e componente físico na avaliação de qualidade de vida (XXVIII Congresso Brasileiro de Reumatologia. Mesa de Tema Livre: Fibromialgia, reumatismos de partes moles. 21 de Setembro de 2010). Também o artigo já referido de Souza, Bourgault, Charest, Marchand (2008), descreve os benefícios da intervenção em grupo em pessoas com fibromialgia e dor crónica, direccionados para a implementação de um plano de exercício físico, onde inclui alongamentos. Os resultados provam uma excelente adesão ao tratamento, com reduções estatisticamente significativas na redução da percepção da dor, o aumento da disponibilidade física e mental dos elementos, melhoria nos distúrbios de humor e percepção de controlo dos sintomas, mesmo um ano após a alta.

Serão explicados e exemplificados os exercícios de alongamento, no sentido de simplificar e esclarecer dúvidas com o intuito da sua realização em casa.

No final da sessão será realizado o relaxamento através da imaginação guiada com o guião “Na floresta”.

Será solicitada a realização do programa de alongamentos como trabalho para casa.

Planeamento da 8ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar aspectos importantes da última sessão • Apresentação e discussão do TPC relacionado com a prática de alongamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Método interactivo 		45 min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> • Dar continuidade às estratégias para lidar com a dor • Apresentação e demonstração de algo que cada uma das senhoras reconheça como sendo bem sucedida 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 		45 min
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar algumas técnicas de massagem no braço • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Vídeo ilustrativo com recurso a data-show • Berlindes • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • Música ambiente relaxante 	60 min
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Propor a realização de trabalho de casa: iniciar o plano de alongamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		15 min

O planeamento desta sessão realiza-se na continuidade do programa até agora desenvolvido. Na primeira dinâmica, será explorado o TPC da sessão anterior, no sentido de perceber eventuais dificuldades e sobretudo como se sentiram na realização e se existe ou não alguns ganhos. De acordo com as verbalizações será negociado o aumento das sessões semanais (de 2x/semana passar a 4x/ semana).

Será também solicitada a demonstração de algo que considerem fazer bem, no sentido de aumentar a autoconfiança e reforço das características positivas (baseado nos pressupostos da psicologia positiva).

Na continuação da abordagem das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, propõe-se a exemplificação da técnica de massagem num membro superior. Assim, como já descrita a importância da massagem no alívio da dor, as técnicas mais específicas para a fibromialgia, segundo Mário-Paul Cassar (2001) são: técnicas de massagem muito suave, como o deslizamento, são aplicadas para induzir o relaxamento e aliviar a dor; técnicas de compressão e deslizamento são incluídas para auxiliar no alongamento dos tecidos e romper quaisquer aderências entre as fibras musculares; deslizamento superficial com o polegar é aplicado nas origens e inserções dos músculos para reduzir quaisquer áreas nodulares e hipersensíveis. Assim, para além de algumas imagens, foi pesquisado um vídeo profissional ilustrativo destes movimentos, estimuladores dos trigger-points.

Deslizamento do antebraço e braço

Aplice o deslizamento no antebraço, com a mão mais lateral; acrescente uma suave compressão, para estimular o retorno venoso. Comece no punho e deslize a mão para o cotovelo.





Compressão do antebraço e braço:

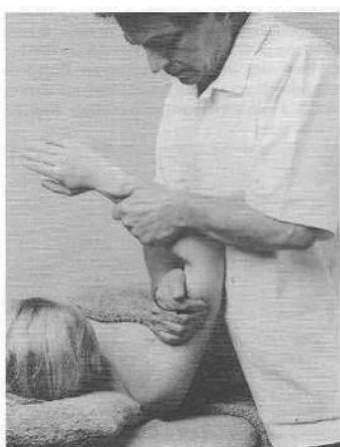
Pressione os músculos, aplicando pressão com as eminências tenar e hipotenar.

Simultaneamente, role os tecidos para a frente. Mantenha a pressão durante toda a compressão para evitar um deslizamento sobre os tecidos. Enquanto roda numa direcção, gire suavemente o antebraço na direcção oposta, acrescentando assim uma acção de rotação à compressão.

Solte a pressão assim que a compressão e o alongamento tenham sido completados.



Fonte: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>



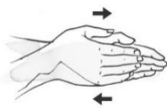
Fonte: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>

Para libertar a tensão dos braços, inicie dando pequenas pancadas com a mão fechada no braço oposto. Comece a partir do ombro até a mão (que deve estar com a palma para cima). Volte percutindo com a palma da mão para baixo, na face externa do braço até o ombro. Atenção: toque as articulações com cuidado. Termine deslizando e friccionando ligeiramente o braço e o antebraço, com movimentos circulares.



Fonte: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>

Juntar bem as palmas e o dorso das mãos, friccionando-as.



Fonte: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>

Pressione e massage cada um os dedos desde a articulação até a extremidade



Fonte: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>

No final será realizado o relaxamento por imaginação guiada, com o tema “ a floresta”.

Planeamento da 9ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar aspectos importantes da última sessão • Apresentação e discussão do TPC relacionado com a prática de alongamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Método interactivo 		45 min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> • Dar continuidade às estratégias para lidar com a dor • Apresentação e demonstração de algo que cada uma das senhoras reconheça como sendo bem sucedida 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 		45 min
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução de mais alguns alongamentos direccionados para os membros inferiores • Demonstrar algumas técnicas de massagem no braço • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião de alongamentos I e II • Vídeo ilustrativo com recurso a data-show • Berlindes • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • Música ambiente relaxante 	60 min
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Propor a realização de trabalho de casa: dar continuidade do plano de alongamentos e iniciar automassagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		15 min

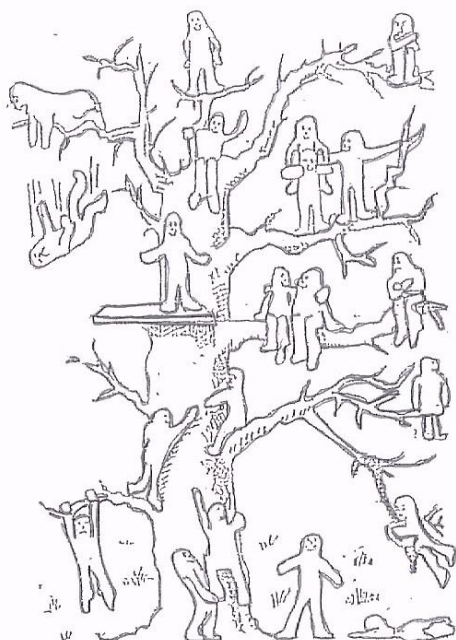
Planeamento da 10ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar aspectos importantes da última sessão • Apresentação e discussão do TPC relacionado com a prática de alongamentos e apresentação de algo que façam bem 	<ul style="list-style-type: none"> • Método interactivo 		40 min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> • Dar continuidade às estratégias para lidar com a dor • Optimismo como estratégia de futuro: onde estou e para onde quero ir 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas com o desenho da árvore 	50 min
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar algumas técnicas de massagem no braço • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião de alongamentos I e II • Vídeo ilustrativo com recurso a data-show • Berlindes • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • Música ambiente 	60 min
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Propor a realização de trabalho de casa: dar continuidade do plano de alongamentos e automassagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		15 min

O planeamento desta sessão pretende dar continuidade ao trabalho com o grupo até aqui desenvolvido.

Numa primeira fase será explorado o TPC relativo à realização dos alongamentos e de algo que considerem fazer bem.

Seguidamente será dinamizada a actividade do desenho da árvore, baseada numa estratégia para desenvolver o autoconhecimento e o desenvolvimento de competências, tendo em vista o optimismo e portanto os pressupostos da psicologia positiva, proposta por Jardim e Pereira (2006). O “Desenho da árvore” propõe a reflexão sobre as expectativas futuras e a excelência. Assim, pede-se à pessoa para observar o desenho da árvore e assinalar com um círculo a situação que melhor descreve como se sente neste momento. Assinala também a situação que melhor representa para onde quer ir num futuro próximo. No desenho há uns que caem, outros que se levantam e outros que estão presos “por um fio”. Em analogia, os autores referem que perante uma adversidade há indivíduos que caem, mas depois retomam a sua viagem. Há outros que se agarram a pequenos suportes que os mantêm vivos. Assim, a pessoa reflectirá acerca da sua escalada na vida. O objectivo é a pessoa compreender que ao longo da vida se vão encontrando obstáculos de dificuldade variada, sentindo-nos às vezes sem grandes forças para continuar a andar. No entanto, perante estas situações, o optimismo deverá ser a força animadora para continuar.



Numa terceira parte será dada continuidade às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, treinando os alongamentos e a automassagem do braço, conforme planeado nas sessões anteriores. Seguir-se-á o relaxamento por imaginação guiada, com o tema “o Rio”.

Fonte: Jardim, J., Pereira, A. (2006). Competências Pessoais e Sociais – Guia Prático para a mudança positiva. Porto: ASA.

Planeamento da 11ª sessão de grupo

Tema	Objectivos	Métodos/Actividades	Recursos	Duração
“Nós e o grupo”	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir alguns aspectos das sessões anteriores, nomeadamente da realização de alongamentos e massagem como estratégia não farmacológica de controlo da dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Método interactivo 		10min
“A dor na minha vida...”	<ul style="list-style-type: none"> • Dar continuidade às estratégias para lidar com a dor • O sono como pilar fundamental de uma vida com saúde • Jogo “baralhões das regras do sono 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo • Método interactivo 	<ul style="list-style-type: none"> • PowerPoint com recurso a data-Show • Cartas com regras do sono 	60min
“O grupo ajuda-me a relaxar”	<ul style="list-style-type: none"> • Execução do guião de alongamentos • Executar técnica de relaxamento, induzindo relaxamento profundo em cada participante, através de um guião de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo e demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião de alongamentos I e II • Colchões e/ou cadeiras; • mantas; • Música ambiente relaxante 	40 min
“No final desta sessão..”	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar a sessão • Sintetizar os aspectos mais relevantes • Propor a reflexão acerca do grupo para lidar com a dor crónica através da folha “o que tenho aprendido acerca de mim e da minha dor...” 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo 		15 min

Esta sessão surgiu em resposta a uma necessidade específica manifestada pelas utentes. O sono é um dos aspectos fundamentais para o bem-estar de qualquer pessoa. De acordo com o programa saúde e Bem-estar desenvolvido no internamento de psiquiatria do

Hospital de Santarém, dormir não é apenas uma necessidade de descanso mental e físico: durante o sono ocorrem vários processos metabólicos que, se alterados, podem afectar o equilíbrio de todo o organismo a curto, médio e a longo prazo, em termos físicos, psíquicos e intelectuais. O sono visa a recuperação do equilíbrio do organismo: reparação dos tecidos, produção de hormonas, organização dos pensamentos cognitivos e manutenção da memória, ajustando as experiências vividas recompondo o “eu”. Assim, a sua restrição ou a privação tem consequências individuais prejudiciais, aumentando o risco de desenvolver outras doenças. As principais causas de privação de sono são os hábitos de vida errados. Neste sentido, e percebendo que um dos factores que influencia directamente a dor é a qualidade do sono, é importante reconhecer quais os principais erros e o que pode ser alterado para um sono de maior qualidade. No entanto, o contrário também acontece, interferindo também a dor na qualidade do sono, algo que tem vindo a ser trabalhado ao longo das sessões de grupo. O principal enfoque será em aspectos como a criação de uma rotina, alimentação, exercício físico e relaxamento. De forma a minimizar essas perturbações do sono, vários especialistas recomendam medidas de estímulos que devem ser incentivadas nas pessoas, para as ajudar a ter um sono mais recuperador/reparador e terem bons hábitos de sono e desta forma prevenir alguns problemas de saúde. Sendo elas: regularização do horário para deitar, com restrição de “sestas” durante o dia; saída da cama se houver dificuldade para dormir, só retornando quando o sono se apresentar; quarto com temperatura adequada e suficiente silêncio (Wannmacher, 2007 citados no documento pertencente ao programa “Saúde e Bem-estar” do serviço de internamento)⁶. No que respeita à alimentação deverá ser tido em conta: a limitação da ingestão de cafeína e álcool à noite, a redução da ingestão de líquidos durante a noite, bem como a evicção de alimentos de difícil digestão e refeições muito pesadas ao final do dia. A criação de horários regulares e rituais próprios que induzam o sono são de extrema importância, tais como meditação, relaxamento, yoga, massagens, alongamentos, a oração ou outra técnica relaxante e tranquilizante. A actividade física, adequada às necessidades de cada pessoa, tal como tem sido discutido ao longo das sessões, é um importante contributo a mobilizar na indução do sono. Aqui encontra-se a actividade física moderada durante o dia (ex: caminhada), a execução de alongamentos e prática da respiração abdominal, são exemplos de conteúdos já discutidos teoricamente e aprendidos pelas senhoras que podem

⁶ Documento orientador do programa “Saúde e Bem-estar” do serviço de internamento de Psiquiatria do Hospital de Santarém (autoria Enf^a Dionísia Venâncio e Enf^a Cremilde).

aqui ser valorizados. Em termos de ambiente, para além dos aspectos já mencionados, a aromaterapia poderá ser uma mais-valia na diminuição da ansiedade, auxiliando a indução do sono, como sendo a alfazema, sândalo, zimbro e cidreira (Herz, 2009). A técnica de relaxamento por imaginação guiada, é também passível de ser aplicada, visto as senhoras disporem de alguma prática ao longo das sessões e dos meios audiovisuais já disponibilizado com música relaxante.

Seguidamente será utilizado o jogo “Baralhações das regras do sono”, de forma a consolidar os conhecimentos adquiridos, da autoria e pertencente ao programa “Saúde e Bem-estar” vigente no serviço de Internamento de Psiquiatria.

Será no final executado o guião de alongamentos e realizado a técnica de relaxamento por imaginação guiada.

Planeamento da 12ª sessão

A 12ª sessão realizou-se de forma informal. Foi agendado um convívio ao ar livre, num ambiente referido como tranquilizante para cada um dos elementos do grupo (com árvores e água), elementos utilizados durante o relaxamento por imaginação guiada no final de cada sessão. O objectivo geral foi promover um momento de bem-estar, num ambiente agradável, focando e valorizando as sensações de bem-estar. Foi reaplicada a escala utilizada na fase inicial EADS-21. Foi feita a síntese da frequência do grupo e a mais-valia que trouxe para cada uma das utentes.

BREVE ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sob a matriz correspondente a cada item da escala EADS-21 analisar-se-á a pontuação antes e depois da frequência do grupo. Importa dizer que apenas foram avaliados 3 elementos do grupo, que, por condicionantes externas, um elemento não participou na última sessão de grupo.

D. Carla	Stress	Ansiedade	Depressão
EADS-21 antes	18	15	7
EAS-21 depois	8	10	3

D. Hortense	Stress	Ansiedade	Depressão
EADS-21 antes	9	10	4
EAS-21 depois	6	8	4

D. Gaudêncio	Stress	Ansiedade	Depressão
EADS-21 antes	12	9	13
EAS-21 depois	9	10	2

Os resultados mostram uma tendência decrescente sobre as entidades “stress, ansiedade e depressão”, em alguns casos pouco significativas. Dor, Ansiedade e Stress, são entidades que andam “de braço dado”, potenciando-se entre si. A função da dor é ligada a um desequilíbrio no organismo que desencadeia processos para restaurar a homeostase (activação neural, hormonal e operante). As reacções envolvidas neste processo incluem a activação aos níveis cognitivo, emocional e operante (Melzack 1998, citado por Ferro e Vandenberghe, 2005). Este aspecto fundamenta a ansiedade e o stress do ponto de vista fisiológico. No entanto, também em termos emocionais, por insuficiência ou ineficácia de estratégias de *coping* para fazer frente ao “viver com a dor”, conduzem a estados de ansiedade e stress. Ao trabalhar as estratégias de coping ao longo de todas as sessões de grupo, o “empowerment” foi feito e dadas a conhecer novas “armas” nesta luta que os elementos pudessem utilizar. Este aumento da sensação de controlo, poderá justificar a redução geral dos níveis de ansiedade e stress. Por outro lado, a depressão também registou um decréscimo, pela partilha em grupo, a

expressão de sentimentos e o potenciamento de sentimentos de utilidade e bem-estar. Apesar de manterem a fragilidade crónica (Rodrigues (2007), estas pessoas beneficiaram com a intervenção em grupo, como encontrado na bibliografia, por exemplo no programa de intervenção proposto por Soares (2005) e no estudo de Souza, Bourgault, Charest e Marchand (2008).

Mais do que os dados quantitativos, as verbalizações foram valorizadas como indicador de sucesso de realização deste grupo de suporte (como abordado na descrição e reflexão dos objectivos do relatório de estágio).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projecto não pretendeu emoldurar-se em termos de formatação académica. A Introdução e fundamentação teórica apresentadas serviram como base para o planeamento das sessões. Dentro do planeamento de cada sessão houve uma necessidade acrescida de especificação em algumas sessões, sobretudo numa fase inicial (bem como a realização do plano B). No entanto, com a evolução do grupo, foi-se percebendo que muitas sessões acabavam por não incluir tudo aquilo que havia sido planeado. Este facto deve-se ao propósito do grupo e à necessidade de dar espaço às pessoas para reflexão, clarificação de sentimentos e apoio entre os membros como preconiza Yalom (2000) citado por Guerra e Lima (2005). Apesar da utilização de estratégias de comunicação assertiva, o cumprimento na íntegra dos *timings* previstos mostrou-se poucas vezes exequível, o que levou à necessidade de realizar mais sessões e de reorganizar os planeamentos destas.

A avaliação da intervenção foi validada através da aplicação da escala já referida e das verbalizações e outros aspectos não-verbais, que foram sendo descritos em registos (no diário clínico informático) no final de cada sessão. A discussão dos resultados para as utentes e para a aquisição de competências de EEESMP está exposta devidamente na descrição dos objectivos e actividades do relatório de ensino clínico. Como limitações há a referir a ausência de alguns elementos em algumas sessões (o que comprometeu a continuidade para estes e, de alguma forma, a dinâmica do grupo). Estas ausências eram motivadas sobretudo por consultas médicas, realização de exames ou assistência a familiares (visto que a frequência e horário já tinha sido previamente discutido e acordado).

Em termos prospectivos, seria interessante realizar um trabalho semelhante com familiares de pessoas com doença crónica (neste caso a fibromialgia), no sentido de desmistificar algumas crenças, permitir a expressão de sentimentos destes familiares, fortalecendo assim o suporte e a dinâmica familiar, que se encontra muitas vezes bastante alterada.

BIBLIOGRAFIA:

- Baptista, A. (2013). *Aprender a ser Feliz. Exercícios de Psicoterapia Positiva*. Lisboa: Factor
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19 (1), 266-277.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Berber, J. S. S. (2004). *Prevalência da Depressão e a sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia*. Dissertação de Mestrado não publicada. Apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.
- Borges, C.S., Luiz, A. M. A. G., Domingos, N. A. M. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em stress e dor crónica. *Aqr. Ciências Saúde*, 16 (4), 181-186.
- Bozarth, J.(2001). *Terapia Centrada na Pessoa: Um paradigma revolucionário*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa
- Cassar, M.P (2001), *Manual de Massagem Terapêutica*. Disponível em: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>
- Carvalho, J. M. S. (2010). Enfermagem Psiquiátrica de consultadoria e ligação: competências do enfermeiro consultor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (3). 36-41
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Coutinho, C., Júnior, J.B. (2007) *Utilização da técnica do brainstorming na introdução de um modelo de e/b-learning numa escola profissional portuguesa: a perspectiva de professores e alunos*. Textos em volumes de actas de encontros científicos nacionais e internacionais. Universidade do Minho
- Direcção-Geral da Saúde (2001) *A Dor Crónica de Origem Não Maligna*. In: *Autocuidados na Saúde e na Doença Guia para Pessoas Idosas (7)*. Lisboa
- Direcção-Geral da Saúde (2001) *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS

- Durães, R. e Martinho, S. (2010). *Técnica de relaxamento por imaginação guiada*. Porto. Dissertação de Mestrado não publicada. Apresentada na Universidade Católica Portuguesa. Porto
- Egeli, N. A., MacMillan, P. (2011). Factors influencing Pain Willingness and Engagement. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 3. 23-29. Consultado a 20/11/2013. DOI: 10.1111/j.1752-9824.2010.01076.x
- Ferro, C. L. B., Vandenberghe, L. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crónica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática* 7(1): 137-151. Acedido a 20/12/2013. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193817415011>
- Gerra, M. P., Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Goleman, D.(2006). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Sábado
- Gomes, A (2008) *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. In: Caseiro, J (coord). Biblioteca da Dor. Lisboa: Permanyer Portugal
- Jardim, J., Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais – Guia Prático para a mudança positiva*. Porto: ASA.
- Johnson et al (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed
- Paulino, M. & Godinho, J. (2009). Perturbações da ansiedade. In J.C.D. Cordeiro (Org.).Manual de psiquiatria clínica. (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Payne, R. (2000). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Portnoi, A.G. A Avaliação psicológica na compreensão da dor crónica. In: Teixeira, M. J., Guertzenstein, E.Z e Portnoi, A. G. *Dor e Saúde Mental*. Ed. Roca, disponível em

http://psicologos3.dominiotemporario.com/doc/A_Avaliacao_Psicologica_da_Pessoa_co_m_Dor.pdf , acessido a 20 de Novembro de 2013

Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da república 2ª Série, N.º 35 (18-02-2011) 8669-8673

Rigotti, M., Ferreira, A. (2005) Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arquivo Ciências da Saúde* 12 (1). P 50-54.

Rivero, C., Marujo, H. A. (2011). *Positiva-mente*. (2ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros

Rodrigues, A. M. F. M. (2007), *O Doente com Dor Crónica: Estudo da Repercussão na ansiedade, na depressão e nas actividades de vida diária*. Dissertação de Mestrado não publicada. Apresentada na Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Sequeira, C (2006). *Introdução à prática Clínica*. Quarteto Editora

Soares, Maria L. S. R. (2005). Programa de intervenção em grupos para doentes com esclerose múltipla. In *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*, ed. Guerra, Marina Prista, Lima, Lígia (coord.), 175 - 186. . Lisboa: Climpsi.

Souza, J., Bourgault, P., Charest, J, e Marchand, S. (2008). Escola Inter-relacional de Fibromialgia: Aprendendo a Lidar com a Dor- Estudo Clínico Randomizado. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (4). P. 218-225

Watt, Gillian Van Der (2010). Consultation–liaison nursing: A personal reflection. *Contemporary Nurse* .34(2) p.167–176

XXVIII Congresso Brasileiro de Reumatologia. Mesa de Tema Livre: Fibromialgia, reumatismos de partes moles. 21 de Setembro de 2010, acessido a 12 de Dezembro de 2013. Disponível em <http://www.muoverefisioterapia.com.br/alongamentos-podem-reduzir-os-sintomas-e-melhorar-a-qualidade-de-vida-de-pessoas-com-fibromialgia.html>

<http://www.aped-dor.com/>, Associação Portuguesa Para o Estudo da dor. Acessido a 20/11/2013.