



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

A IMPORTÂNCIA DA
PSICOEDUCAÇÃO NA ALTERAÇÃO
DO HUMOR NO DOENTE
DEPRESSIVO

Nuno Miguel Cordeiro Bravo

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIATRIA

Orientador

Professor Doutor Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

2016

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

**A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO NA ALTERAÇÃO DO
HUMOR NO DOENTE DEPRESSIVO**

Nuno Miguel Cordeiro Bravo

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria**

Orientador

Professor Doutor Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

2016

"Existem momentos na vida, em que as palavras perdem o sentido ou parecem inúteis, e, por mais que a gente pense numa forma de empregá-las elas parecem não servir. E então a gente não diz, apenas sente."

Sigmund Freud

Resumo

Título - A importância da psicoeducação na alteração do humor no doente depressivo

A depressão é uma perturbação mental que provoca um impacto negativo na vida dos doentes. O tratamento desta patologia pode ser realizado através de terapêutica farmacológica, ou de intervenções psicoterapêuticas.

A Psicoeducação é uma modalidade de tratamento, que tem vindo a ganhar um lugar em destaque no processo de recuperação de determinadas doenças mentais. Esta abordagem tem como principal objetivo fornecer informações ao doente sobre a sua situação clínica e disponibilizar ferramentas para lidar com as particularidades do problema de saúde. As intervenções psicoeducativas são realizadas através de sessões expositivas de conhecimentos técnicos sobre a depressão.

Assim, o objetivo do presente trabalho é apresentar um programa de psicoeducação, dando principal enfoque ao papel dos vários métodos e técnicas pedagógicas utilizadas no mesmo.

Palavras-chave: Enfermagem; Depressão; Psicoeducação; Humor.

Abstract

Title- The importance of psychoeducation in changing the mood in depressed patients

Depression is a mental disorder that causes a negative impact on patients' lives. Treatment of this condition may be achieved through drug therapy, or psychotherapeutic intervention.

The Psychoeducational is a treatment modality that has gained importance because of the positive impact it has on the recovery of certain mental illness process. This approach aims to provide information to the patient about their medical situation and provide tools to deal with the particularities of the health problem. The psychoeducational interventions are carried out through expository sessions of technical knowledge about depression.

The objective of this study is to present a psychoeducation program, giving primary focus to the role of various educational methods and techniques used in it.

Keywords: Nursing; Depression; Psychoeducation; Humor.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível com a colaboração de várias pessoas às quais agradeço.

Ao Professor Doutor Raúl Cordeiro pela orientação e apoio prestado;

Ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Manuel Brandão, pela sua excelente orientação no campo de estágio.

À minha família, para quem estive tão pouco presente e disponível, mas que nunca me negaram o seu apoio, carinho e compreensão.

Aos colegas e amigos pela ajuda, desabafos e cumplicidades.

À Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares pela sua colaboração.

ÍNDICE DE SIGLAS

ADEB - Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares

ACMHN - Australian College of Mental Health Nurses

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem prática através do SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

EPE – Empresa Público Estatal

HAM-D - Escala de depressão de Hamilton

ISRS - Inibidores seletivos da recaptção de serotonina

OMS – Organização Mundial de Saúde

UISNA - Unidade Local de Saúde do norte Alentejano

YOUNG - Escala de mania de Young

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Programa de Psicoeducação

Tabela nº 2 – Diagnósticos CIPE

Tabela nº 3 – Prescrição de intervenções de enfermagem

Tabela nº 4 - Características da população alvo

Tabela nº 5 – Definição de objetivos

Índice

0 – INTRODUÇÃO	11
1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS	13
1.1 - O Hospital Dr. José Maria Grande, EPE	13
1.2 – Caracterização do contexto de cuidados	15
2– ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE A DEPRESSÃO	20
2.1 - Etiologia	21
2.2 - Sintomatologia depressiva	22
2.3 - Sistemas de classificação da depressão	24
2.3.1 - <u>Manual de diagnóstico e das perturbações mentais – DSM - V</u>	24
2.3.2 - <u>Classificação Internacional de Doenças – CID – 10</u>	28
2.5 – Tratamento dos doentes com depressão	28
3 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	31
3.1 –Psicoeducação	32
3.2 O uso da Psicoeducação na Depressão	33
3.3 A eficácia da Psicoeducação	34
3.4 Psicoeducação e outras Intervenções Psicossociais	35
3.5 - Psicoeducação para Cuidadores ou familiares de doentes deprimidos	36
3.6 - Psicoeducação e custos com a doença	37
3.7 - Programa de Psicoeducação utilizados na depressão	37
3.7.1 - <u>Psicoeducação em familiares</u>	39
4- PERCURSO METODOLOGICO	41
4.1 - Metodologia utilizada	41
4.2 - Análise da população	51
4.2.1 - <u>Recrutamento da população</u>	51
4.2.2 - <u>Características da população alvo</u>	51
5 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	53
6 - INTERVENÇÃO REALIZADA COM OS UTENTES	56
7 – REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS	71
8 -CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
9 - BIBLIOGRAFIA	76
Anexos	85

Anexo I – Escala de Young	86
Anexo II- Escala de Hamilton	88
Anexo III – O “Diário”	92

0 – INTRODUÇÃO

A depressão constitui uma patologia com elevada e crescente prevalência na população geral (Bahls, 2002). É considerada pela OMS como a doença do século e um problema grave de saúde pública. Prevê-se que 121 milhões de pessoas em todo o mundo sofram desta doença mental. Em 2020 passará a ser a segunda causa de morte por doença em todo o mundo e cerca de 16% da população mundial já teve uma depressão pelo menos uma vez na vida. (OMS, 2010)

De acordo com o mais recente estudo sobre a prevalência das perturbações mentais em Portugal, as perturbações depressivas em 2014 afetavam 7,9% da população (Direção-Geral de Saúde, 2015).

O tratamento da depressão deve ser feito através de fármacos, psicoterapias e intervenções psicoeducativas ao doente (Gonçalves e Coelho, 2005). A Psicoeducação enquadra-se nas formas de educação não formal, visto que se trata de uma ação educativa organizada, que se desenvolve fora dos sistemas formais de ensino (Tudor, 2013).

Neste sentido, a psicoeducação consiste numa intervenção que se caracteriza por informar ao utente informações sobre o seu diagnóstico. Estas informações abrangem a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e ainda qual prognóstico da sua doença (Colom; Vieta, 2004).

Assim, e num final de percurso de três semestres, do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, surge este relatório na sequência de um estágio final que reflete um percurso pessoal e profissional, com aquisição de novas competências, em que da integração de conhecimentos teóricos e teórico-práticos se deu resposta às necessidades dos doentes.

A temática deste trabalho centra-se no desenvolvimento das competências na área da intervenção de enfermagem na pessoa com sintomatologia depressiva, através do uso da psicoeducação no seu tratamento assim como os seus benefícios.

Segundo Boterf (2003), *“toda a aquisição de capacidades, de conhecimentos ou de competências supõe uma atividade de aprendizagem e, portanto, um investimento pessoal”* (p.214)

O estágio final foi realizado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E, localizada no Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre com o objetivo de complementar a formação pessoal e profissional bem como o desenvolvimento de competências na área da Saúde Mental.

O estágio em contexto real, permite a consciencialização gradual das diferentes funções que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho (Matos, 2009).

Sendo a depressão a patologia alvo da nossa intervenção, surgiu a necessidade de desenvolver um projeto que evidenciasse a ajuda ao doente deprimido, assim através realização de sessões de psicoeducação procuramos dar resposta a esta problemática.

Deste modo, o presente relatório descreve o desenvolvimento de competências a partir de uma intervenção profissional, no âmbito de um serviço de internamento em contexto de cuidados e encontra-se dividido em três partes.

Na primeira parte, apresentamos a análise do contexto profissional, caracterizando a instituição, o ambiente de cuidados e a pessoa portadora de depressão. Na segunda parte, descrevemos o programa de intervenção, o percurso metodológico. Na terceira e última parte efetuamos uma análise do trabalho desenvolvido, apresentando de que forma foi efetuado o recrutamento da população alvo, bem como as suas principais características, como foram traçados os objetivos e o trabalho realizado com os doentes. Por fim, completamos com uma análise dos resultados obtidos e suas conclusões.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS

Neste âmbito de formação avançada, o estágio, constituiu-se como o espaço e o período de consolidar saberes teóricos, acumular experiências diversas e desenvolver competências profissionais, a fim de adequá-las a situações clínicas reais.

O estágio teve lugar de 9 Setembro de 2015 a 22 de Janeiro de 2016, num total de dezoito semanas (500 horas de estágio). A sua efetivação aconteceu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E, localizada no Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre.

A supervisão clínica esteve a cargo do Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - Manuel António Pinto Brandão, que desempenhou o papel de orientador institucional.

1.1 - O Hospital Dr. José Maria Grande, EPE

O Hospital Dr. José Maria Grande, EPE situa-se no centro da cidade e destina-se a servir uma população de aproximadamente 118953 habitantes censos (2011), que engloba 15 conselhos e 86 freguesias distribuídos pelos concelhos do Distrito de Portalegre.

Atualmente pertence a ULSNA, EPE tem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou com entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como articular com as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

A área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

Tem como missão promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.

Possui uma visão que assenta em constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.

Atualmente rege-se pelos seguintes valores:

- ✓ Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- ✓ Excelência técnica;
- ✓ Acessibilidade e equidade dos cuidados;
- ✓ Promoção da qualidade;
- ✓ Ética, integridade e transparência;
- ✓ Motivação e atuação pró-ativa;
- ✓ Melhoria contínua;
- ✓ Trabalho de equipa;
- ✓ Respeito pelas normas ambientais.

O Hospital tem como órgão máximo o conselho de administração, da qual fazem parte a Presidente do Conselho de Administração, o Diretor Clínico, o Enfermeiro Diretor. Em termos estruturais fazem parte outros órgãos, nomeadamente de participação, de consulta e apoio técnico, conforme o disposto na lei de gestão hospitalar.

Embora a relativa proximidade, do local de estágio, à minha área de residência tenha influenciado a escolha do mesmo, outros aspetos motivaram essa mesma opção, nomeadamente, o ambiente seguro e instalações físicas confortáveis que promovem a privacidade e tranquilidade dos utentes.

Um dos recursos relevantes para o exercício da enfermagem psiquiátrica é a composição e manutenção do ambiente terapêutico, o qual abrange e reconhece que pessoas, local, estrutura física e clima emocional são relevantes para o tratamento (Manchilha *et. al*, 2011). Características de uma estrutura física adequada contemplam, um ambiente limpo, arejado, que transmita tranquilidade e segurança e que garanta a privacidade dos utentes (Manchilha *et. al*, 2011). O ambiente terapêutico é definido, como uma série de atividades organizadas com um fim terapêutico, tendo em conta as necessidades dos utentes (Calvo, 2011).

Considero que o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, possui recursos materiais e humanos que foram ao encontro das minhas necessidades de aprendizagem, o que contribuiu para o desenvolvimento das competências estipuladas.

1.2 – Caracterização do contexto de cuidados

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E, localizada no Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, conta com as valências Internamento de Agudos e de Consulta Externa. O edifício encontra-se situado fora do edifício principal do hospital e mantém uma interdependência com as outras especialidades e unidades funcionais.

O Serviço de Psiquiatria tem por missão prestar assistência psiquiátrica e de saúde mental aos utentes com idade superior a 18 anos de idade, que se encontrem a residir no Distrito de Portalegre. Atualmente dispõe apenas de doze camas de internamento.

A sua ideologia assenta em melhorar a qualidade dos cuidados, através da realização de programas de educação e promoção para a saúde ao doente/família/prestadores de cuidados, reabilitando e reintegrando os utentes do foro psiquiátrico na comunidade.

Atualmente o Serviço de Psiquiatria desenvolve várias atividades, as quais passamos a mencionar de forma sucinta, no sentido de uma melhor compreensão da sua dinâmica:

Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental:

- ✓ Consulta de Enfermagem - Realiza-se de segunda-feira a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, para os utentes que residem no Distrito de Portalegre.
- ✓ Consulta Externa de Psiquiatria - Também se realiza-se de segunda-feira a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, para os utentes que residem no Distrito de Portalegre.
- ✓ Consulta de Psicologia Clínica - Realiza-se de segunda-feira a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, para os utentes que residem no Distrito de Portalegre.
- ✓ Consulta/Assistência de Serviço Social – é efetuada diariamente, sempre que necessário aos utentes que residem do Distrito.
- ✓ Consulta/Terapia Ocupacional – é realizada semanalmente para utentes externos residentes no Distrito de Portalegre;

Urgências Psiquiátricas:

O apoio psiquiátrico ao Serviço de Urgência Geral é efetuado por dois psiquiatras e quando necessário por uma psicóloga, nos dias úteis das 9.00h às 21.00h no Hospital Dr. José

Maria Grande. Nos dias em que não existe psiquiatra de serviço os utentes são transferidos para o Hospital Central neste caso o Hospital de São José em Lisboa para serem observados.

Os utentes são admitidos no serviço através da urgência geral, da consulta externa de psiquiatria, ou por transferência de outros serviços do hospital. O seu internamento pode ser voluntário ou em regime compulsivo (previsto na Lei n.º. 36/98, de 24 de Julho, conhecida por Lei de Saúde Mental)

A Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos:

As terapias são realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - Manuel António Pinto Brandão. Destina-se apenas a utentes alcoólicos.

Visita à Comunidade:

Realizada principalmente pela equipa de enfermagem na supervisão terapêutica e na relação de ajuda ao utente/família/cuidador, com participação da assistente social e do psiquiatra assistente. Esta atividade é realizada e planeada pela equipa.

Área de atendimento infantil e juvenil:

Intervenção realizada pela equipa multidisciplinar do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria que é constituída por um psicólogo, um terapeuta da fala, uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, um pedopsiquiatra, e uma administrativa.

Atividades Formativas:

O serviço envolve-se no processo formativo e investe na formação contínua, através de:

- ✓ Estágios clínicos no curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e/ou mestrado em enfermagem;
- ✓ Estágios clínicos no curso de licenciatura em enfermagem.
- ✓ Estágios clínicos de licenciatura em medicina;
- ✓ Internato de medicina geral e familiar;
- ✓ Internato complementar de psiquiatria;
- ✓ Estágios de psicologia clínica;
- ✓ Estágios de terapia ocupacional;

A equipa de saúde sendo multidisciplinar, é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de serviço social, psicóloga, terapeuta ocupacional, e secretárias de unidade.

Atualmente desempenham funções no serviço de internamento, profissionais de diversas áreas, nomeadamente:

- ✓ Doze enfermeiros, dos quais dez estão em regime de roulement, e dois em regime de horário fixo, nomeadamente uma enfermeira chefe, uma enfermeira coordenadora do serviço e uma enfermeira nas consultas externas.
- ✓ A equipa médica que é constituída por três médicos especialistas em psiquiatria, um dos quais é diretor de serviço e outro é coordenador do internamento e duas médicas a realizar o internato em psiquiatria;
- ✓ Dois técnicos de serviço social, que dão apoio social aos doentes/famílias que se encontram no serviço de internamento ou no ambulatório;
- ✓ Uma psicóloga, que trabalha diretamente com a equipa de saúde e realiza entrevistas e elabora testes de avaliação psicológica aos utentes internados;
- ✓ Uma terapeuta ocupacional que realiza atividades diárias com os utentes, contando sempre com a participação da equipa de enfermagem;
- ✓ Sete assistentes operacionais em regime de roulement, que desempenham atividades de acordo com as suas funções;

Esta equipa multidisciplinar está ainda em sub-equipas constituídas por um médico, um enfermeiro e uma assistente social, que estão distribuídas por localidades específicas de forma abranger todo o distrito de Portalegre. Nestas localidades realizam-se consulta e visitas domiciliárias. E nelas, os enfermeiros especialistas realizam entrevistas de avaliação diagnóstica ao utente/família, apoiam grupos acompanhados pela psiquiatra, administram e supervisionam o regime terapêutico.

No exercício do trabalho, os profissionais das equipas multidisciplinares têm como ponto fulcral de intervenção o ser humano, cuja experiência de vida envolve várias dimensões (ambiental, biológica, social, psicológica, cultural, ética, política, familiar). Por isso, a abordagem integral dos utentes e da sua família é facilitada pelos olhares dos distintos profissionais que compõem a equipa (Paula, 2009)

No que concerne à dinâmica e funcionamento do serviço a equipa multidisciplinar reúne-se todas as quintas-feiras, com o objetivo de avaliar a evolução clínica e o ajustar se necessário o plano terapêutico dos utentes.

A equipa de enfermagem, é constituída atualmente por doze enfermeiros, seis dos quais são especialistas na área da saúde mental e psiquiatria.

Aos Enfermeiros Especialistas são atribuídas tarefas específicas, nomeadamente a presença na consulta de Enfermagem, acompanhamento à comunidade, e ainda as intervenções que são realizadas na Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos.

O processo clínico encontra-se informatizado. No que respeita aos registos de enfermagem foi adotado pelo Hospital e Serviço de Psiquiatria a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), colocada em prática através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Aquando da entrada dos utentes no serviço são verificados todos os seus pertences, sendo que todos os objetos de valor são entregues à família ou cuidador, se o mesmo assim o entender. Caso isto não aconteça, todos os objetos são guardados no serviço em caixas individualizadas e os valores são colocados no cofre. Existem determinadas regras no serviço que são explícitas no início, nomeadamente, não é permitido telemóvel, computador, objetos cortantes, cintos, ou outros objetos que possam pôr em causa a sua segurança e dos restantes utentes.

Durante o dia podem usar a sua roupa pessoal para se sentir mais confiante, se assim o desejar, pois pode sempre optar por usar um pijama da instituição.

A hora do silêncio ocorre entre as 21 e as 7 horas, período durante o qual todos os utentes têm que permanecer nos seus quartos.

No que diz respeito as refeições estas são realizadas no refeitório do serviço, com exceção dos doentes que devido à sua situação clínica tenham que efetuar as mesmas no quarto/sala. Assim o pequeno-almoço é fornecido às 9 horas, o almoço às 13 horas, o lanche às 17 horas, o jantar às 19 horas e a ceia às 21 horas. As refeições vêm preparadas em embalagens próprias e individualizadas para cada doente, são fornecidos talheres de plástico e após o término da refeição são lhe retirados e contabilizados. A alimentação fornecida é da inteira responsabilidade da empresa alimentar SUCH, no entanto alguns alimentos pode ser fornecidos pelos familiares que são consumidos no horário das visitas. É expressamente proibido o utente ter alimentos no seu quarto, esta regra implementada visa a prevenir complicações decorrentes de engasgamento, provocado por sonolência ou lentificação motora.

O serviço possui uma sala de fumo, e um jardim sendo estes os dois únicos sítios onde os utentes podem fumar.

Relativamente as visitas todos os utentes têm direito a receber duas visitas simultaneamente na sala destinada para esse efeito, ou no seu quarto se a situação clínica o justificar. Existe diariamente dois horários de visitas, sendo estes das 14 às 15 horas e das 18:30

às 19:30 horas. São proibidas determinadas visitas, sempre que os utentes expressem essa vontade ou os técnicos considerem que as mesmas são prejudiciais para o mesmo.

Todos os dias os utentes podem realizar chamadas para o exterior e receber todos os que lhe sejam dirigidos, no entanto se os profissionais de saúde entenderem que os contactos são prejudiciais para o utente, podem fazer algumas restrições telefónicas.

O serviço pretende fundamentalmente uma melhoria da qualidade de cuidados prestados aos utentes/família/cuidadores, colaborando assim para uma evolução positiva na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.

2- ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE A DEPRESSÃO

A depressão é uma das perturbações mentais mais comum, estando a transformar-se num dos principais problemas de saúde dos países desenvolvidos (Gonçalves; Fagulha, 2004).

Os utentes que sofrem desta patologia têm geralmente humor deprimido ou perda do interesse e prazer pela maior parte das atividades. Os principais sintomas são caracterizados por alterações no apetite ou peso, no sono, e na atividade psicomotora; assim como também por sentimentos de culpa, falta de concentração, pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida, planos e/ou tentativas de suicídio (Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais [DSM-V], 2013).

A depressão é uma doença mental caracterizada por tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse por atividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil. No entanto, há quem manifeste a depressão com sintomas exclusivamente ansiosos.

Segundo a CIPE (2005), a depressão é definida como uma emoção com características específicas, sendo um estado em que a disposição está reprimida causando tristeza, melancolia, astenia, concentração diminuída, sensação de culpa, deterioração de compreensão e sintomas físicos, incluindo a insónia perda de apetite e dor de cabeça.

Silva (2001) caracteriza-a como uma *“mudança de estado de ânimo que surge de um sentimento generalizado de tristeza, sendo que o grau pode variar desde um desalento moderado até ao mais intenso desespero”* (p.139). Tem permanência variável, pois pode desaparecer em poucos dias ou se prolongar por semanas, meses e até ao longo de anos.

No entanto, não se pode definir a depressão com uma simples característica ou querer padronizá-la com os mesmos sintomas para todos os utentes. Cada pessoa reagirá a ela com determinados sintomas e as variáveis causadoras da doença também serão diferentes.

Para a maioria dos psiquiatras a depressão ocorre em consequência de uma sensação de perdas sejam materiais, sejam afetivas. No caso da afetiva, a perda não é só por morte ou separação; esta sensação pode advir de um sentimento de decepção em relação aos outros ou até em relação a si mesmo (Silva, 2001).

É uma patologia mental que envolve o corpo, o humor e os pensamentos. Afeta os instintos, a maneira como a pessoa come e dorme, a visão que têm de si e o modo de pensar sobre as coisas. Não é o mesmo que “estar em baixo”, não é um sinal de fraqueza pessoal, nem algo que se possa controlar. As pessoas com uma perturbação depressiva não conseguem simplesmente “recompôr-se” (Dalgallarrondo, 2000).

Os utentes em fase depressiva estão sujeitos a níveis de sofrimento elevados, e como se trata de uma doença recorrente ou crónica, este sofrimento tende a manter-se durante longos períodos, referindo com frequência que a dor mental é mais difícil de suportar que a física (Gusmão *et al*, 2005).

2.1 - Etiologia

A etiologia da depressão continua a ser um assunto alvo de grande discussão e que está longe de ser compreendido. A probabilidade de determinada pessoa vir a sofrer de uma perturbação depressiva depende de uma complexa interação entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

No que diz respeito as causas genéticas estão relacionadas com a deficiência do gene do hidroxilase de tirosina (enzima sintético de 5HT-seretonia), como demonstram estudos de genética molecular (Kaplan; Sadock ,2007). A tendência para deprimir pode ocorrer numa família e parece haver um fator genético em muitos casos de depressão. Existe uma predisposição hereditária para alguns tipos de depressão, por exemplo sabe-se que gémeos de utentes com depressão têm cerca de 70 a 80% de probabilidades de vir a ter doença, mesmo que vivam num ambiente diferente (ADEB, 2001). Causas bioquímicas podem também contribuir para o aparecimento da depressão e acredita-se que os sintomas possam ser desencadeados pelo desequilíbrio ou diminuição do nível de substâncias químicas (neurotransmissores) ou dos sinais que estas transportam para o cérebro (Kaplan; Sadock ,2007).

Relativamente às causas hormonais, sabe-se que o cortisol nos doentes deprimidos aumenta os seus níveis plasmáticos para o dobro. A depressão é uma doença em que existe uma hipercortisolemia, responsável em parte pela sua génese. Além disso, os níveis de cortisol mantêm-se elevados nos indivíduos que dormem pouco, nos que têm o sono leve e nos que sofrem de insónia. Um dos possíveis sintomas da depressão é a insónia, e ao mesmo tempo que insónia é um fator de risco para a depressão (Saraiwa *et al*, 2005).

No que diz respeito aos fatores anatómicos, ela é explicada através do modelo neuroanatómico da depressão, que indica que há uma alteração metabólica a nível cerebral, isto é, devido a uma alteração nas condições eletroquímicas basais do sistema nervoso central, responsáveis pelo equilíbrio afetivo humano.

Os fatores psicossociológicos não são menos importantes e estão relacionados com o tipo de personalidade e o estilo de vida, como por exemplo, personalidade pré-mórbida, privações

afetivas precoces, perdas e acontecimentos de vida traumáticos, problemas familiares, *stress* diário, doenças físicas, problemas sociais graves, desemprego, falta de rede social. Portanto, a depressão não é fruto de um único fator (Kaplan; Sadock, 2007).

Assim, a depressão deve ser entendida como um fenómeno multidimensional, pois a sua etiologia é complexa, e são diversos os fatores que podem desencadear-na.

No geral, as perturbações de humor ou afetivas caracterizam-se por uma alteração primária do humor, que provoca sofrimento subjetivo e problemas laborais e/ou sociais. A depressão é uma perturbação do humor que atinge a esfera dos sentimentos (humor), dos pensamentos e capacidade cognitiva, dos comportamentos, dos interesses, da vontade e regulação dos instintos.

2.2 - Sintomatologia depressiva

A diferenciação entre a depressão unipolar, especialmente a depressão recorrente, e a depressão bipolar pode ser difícil. Eventuais sintomas clínicos sugestivos de que o portador integre o denominado “espectro bipolar” são difícil detetar.

A partir de um estudo comparativo com controlos unipolares, propuseram que a lentificação psicomotora, associada à hipersónia e à presença de sintomas psicóticos, poderia indicar uma “assinatura” da depressão bipolar (Mitchell *et al*, 2001).

Segundo Guerreiro (2009), os sintomas de depressão podem ser divididos em psíquicos, fisiológicos e comportamentais. De entre os sintomas psíquicos destacam-se os seguintes:

- ✓ Humor depressivo, é a sensação de tristeza, auto-desvalorização e sentimentos de culpa. As pessoas costumam referir que tudo lhes parece fútil, sem importância. O deprimido julga-se frequentemente um peso para os familiares e amigos e, muitas vezes, invoca a morte para aliviar os que o assistem na doença. As motivações para o suicídio prendem-se com o facto de a pessoa perceber quaisquer dificuldades como obstáculos definitivos e intransponíveis, tendo tendência a valorizar as perdas sofridas. Sentem ainda o desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável. Os pensamentos relativos à morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas, dando a possibilidade a pessoa de expressar o que está a sentir;

- ✓ Anedonia, significa redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades antes consideradas como agradáveis, as pessoas deprimidos relatam que já não se interessam pelos seus passatempos favoritos como anteriormente. As atividades sociais são frequentemente negligenciadas e tudo parece ter o peso de terríveis ‘obrigações’;
- ✓ Fadiga ou sensação de perda de energia, as pessoas pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico. O tempo de execução das tarefas habituais pode tornar-se mais prolongado;
- ✓ Diminuições da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, decisões que eram quase automáticas parecem agora demorar uma eternidade. O curso do pensamento pode estar notavelmente lenificado.

Os sintomas fisiológicos podem ser distinguidos em quatro grupos:

- ✓ Alterações do sono, sendo a insónia descrita como a mais frequente, podendo ocorrer também hipersonolência. A insónia é maioritariamente intermédia (acordar no meio da noite, com dificuldades em voltar a adormecer) ou terminal (acordar mais cedo que o habitual);
- ✓ Alterações do apetite, o mais comum é a perda de apetite (anorexia), mas também pode acontecer o inverso. Muitas vezes, a pessoa precisa de se forçar para comer ou de ser ajudado por terceiros a alimentar-se;
- ✓ Redução da libido, outra das características habituais é a perda do interesse sexual;
- ✓ Sintomas físicos, são descritos queixas de dores articulares, nos membros ou na coluna, problemas gastrointestinais, cefaleias, tonturas ou mesmo dor torácica. De acordo com um estudo da OMS, 69% das pessoas que se dirigem aos cuidados de saúde primários apresentam critérios de depressão major, no entanto, apenas se queixam destes sintomas físicos o que contribui para o subdiagnóstico da doença.

Em relação às evidências comportamentais, Guerreiro (2009) descreve as seguintes:

- ✓ Isolamento social, é um sintoma causado não só pelo desinteresse generalizado, mas também pela baixa autoestima. A pessoa sente que ‘ninguém se interessa por mim’;

- ✓ Crises de choro, são comuns e podem ser consideradas como uma forma de *coping* com a angústia
- ✓ Comportamentos suicidas, mais de 90% dos suicídios ocorrem no contexto de doença psiquiátrica, dos quais as perturbações depressivas são as que mais contribuem;
- ✓ Alterações psicomotoras, a inibição psicomotora e lentificação generalizada são as alterações mais frequentes. A pessoa refere com frequência uma sensação de peso nos membros.

Relativamente a fase maníaca esta é definida pela elevação anormal e persistente do humor, expansivo e irritável durante pelo menos uma semana, a menos que exista hospitalização.

2.3 - Sistemas de classificação da depressão

As perturbações de humor ou afetivas caracterizam-se por uma alteração primária do humor, que provoca sofrimento subjetivo e problemas laborais e/ou sociais. A depressão é uma perturbação do humor que atinge a esfera dos sentimentos (humor), dos pensamentos e capacidade cognitiva, dos comportamentos, dos interesses, da vontade e regulação dos instintos.

Atualmente, para uma correta definição e diagnóstico da depressão utilizam-se os critérios expostos no DSM-V e CID-10. De acordo com a categorização do DSM-V, as Perturbações do Humor podem ser subdivididas nos diferentes tipos: Depressão Major, Perturbação Bipolar I, Perturbação Bipolar II, Perturbação Distímica e Perturbação Ciclotímica; enquanto na categorização CID-10, a perturbação do Humor é dividida em Doença Depressiva e Mania, contudo na opinião atual de diferentes especialistas, as várias formas de depressão são variações da mesma patologia e não doenças distintas.

2.3.1 - Manual de diagnóstico e das perturbações mentais – DSM - V

Segundo o Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V), os critérios de diagnóstico da depressão, são os seguintes:

- A. Presença de pelo menos 5 dos seguintes sintomas, pelo período mínimo de 2 semanas, sendo que pelo menos o humor depressivo ou a perda de interesse ou prazer, tem que estar presentes.
- ✓ Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso).
 - ✓ Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 - ✓ Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.
 - ✓ Insônia ou hipersônia quase todos os dias.
 - ✓ Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 - ✓ Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 - ✓ Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
 - ✓ Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 - ✓ Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio
- A. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- B. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- C. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- D. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica

Relativamente a fase maníaca de acordo com Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V), define os seguintes critérios:

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).
- B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:
 - ✓ Autoestima inflacionada ou grandiosidade
 - ✓ Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
 - ✓ Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
 - ✓ Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
 - ✓ Distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)
 - ✓ Aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora
 - ✓ Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros desmedidos)
- C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.
- D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.

A Hipomania tem uma apresentação clínica menos severa que a Mania, duração inferior (quatro dias) e geralmente não acarreta distúrbios sociais significativos nem necessita de hospitalização. Não são vistos como negativos pelo utente pois a atividade, energia e

produtividade estão até acrescidas. Por este motivo, os episódios de Hipomania não são reportados pelo paciente. Se seguida vamos apresentar os critérios de acordo com o DSM-V para o episódio hipomaniaco.

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.
- B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:
 - ✓ Autoestima inflada ou grandiosidade.
 - ✓ Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
 - ✓ Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
 - ✓ Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
 - ✓ Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
 - ✓ Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
 - ✓ Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica da pessoa quando assintomática.
- D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros.
- E. O episódio não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos.
- F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., drogas ilícitas, medicamento, ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

2.3.2 - Classificação Internacional de Doenças – CID – 10

De acordo com o CID-10 a doença depressiva, é subdividida por diferentes episódios conforme a sintomatologia apresentada. Assim, a depressão ligeira (p. exemplo distímia) é a mais comum e nos sintomas existe um exagerado estado de tristeza e o humor depende das circunstâncias externas. Pode existir choro, ansiedade, irritabilidade e insónia. A depressão moderada, em que há manifestação até 5 sintomas psicológicos, acrescido ou não de sintomas somáticos. E a depressão grave, apresenta 5 ou mais sintomas, durante duas semanas. Nesta depressão grave insere-se a Depressão Major, que se manifesta por uma marcada perturbação do humor, diferente da vulgar tristeza, com humor persistentemente deprimido, independente das circunstâncias; com pobreza na cognição e discurso, lentificação do pensamento, sentimento de culpa na sua autocrítica, auto-desvalorização, hipocondria, dificuldades de concentração, indecisão, ideação suicida, mórbida e/ou paranoide.

Relativamente a fase maníaca segundo o CID – 10 o episódio maníaco, e diferenciado da hipomania conforme a sintomatologia apresentada. A grande diferença é que o quadro hipomaníaco, e menos severo que o maníaco, apresenta menos durabilidade (inferior a 4 dias) e por norma não provoca distúrbios sociais significantes, e não é necessário proceder ao internamento.

2.4 – Tratamento dos doentes com Depressão

Fazer a diferenciação entre episódios depressivos unipolares e bipolares é importante, pois o tratamento da depressão bipolar inclui, necessariamente, o uso de estabilizadores de humor, pelo risco de iniciação de ciclos onde se inclui a mania.

O tratamento da depressão é realizado através de fármacos, e de intervenções psicoterapêuticas ou da complementação de ambas. Sendo as intervenções psicoterapêuticas utilizadas nas situações ligeiras e reativas às adversidades da vida bem e em associação com medicamentos nas situações moderadas e graves. Os medicamentos usados no tratamento das depressões são designados por antidepressivos, sendo estes os medicamentos utilizados para o tratamento das depressões moderadas e graves e das depressões crónicas, podendo ser úteis nas depressões ligeiras e não criam habituação nem alteram a personalidade da pessoa. Estes medicamentos são cada vez mais eficazes no controlo e tratamento da depressão, o tratamento dura no mínimo quatro a seis meses, estes medicamentos não têm efeito imediato, pode demorar algumas semanas.

Entre os estabilizadores do humor clássicos, o lítio apresenta a maior eficácia na mania, a carbamazepina e o valproato não apresentam resultados tao eficazes para os efeitos de depressão bipolar.

Os anti-depressivos são cada vez mais eficazes no controlo e tratamento da depressão, nomeadamente por interferência com a ação de neurotransmissores, como a serotonina e a noradrenalina, no hipotálamo, a zona do cérebro responsável pelas emoções e conseqüentemente, o humor (Portal da saúde, 2010).

Ainda Afonso (2004), diz que é necessária a utilização em simultâneo de ansiolíticos para reduzir a ansiedade, e tratar os distúrbios do sono.

Podemos ainda referir e, segundo o mesmo autor (2004), as fases do tratamento farmacológico da depressão: fase aguda que corresponde à fase inicial do tratamento, onde se vai adequar o antidepressivo pois não é possível escolher o mais eficaz porque a depressão é uma doença multifatorial, com resposta individual ao tratamento não querendo dizer que se um foi eficaz num utente, possa ser eficaz nos outros, ou seja, um antidepressivo pode ter resultado positivo numa pessoa e ela recuperar, e pode ter resultado negativo numa outra pessoa.

A fase de continuação é a fase em que se procura a diminuição dos sintomas e a prevenção de recaídas. O tratamento deverá continuar durante um período de quatro a nove meses pois, os utentes depois de um episódio depressivo têm um risco acrescido de recaída no primeiro ano ou quando o tratamento é interrompido. Esta é a fase em que a adesão à terapêutica se revela indispensável e os utentes devem ser sensibilizados e alertados para a importância de manterem o tratamento, mesmo quando se sentem melhores (Afonso, 2004).

A fase de manutenção é aquela em que se vai prevenir a recorrência, sendo o tratamento realizado por um período limitado ou continuamente evitando assim o aparecimento de novos episódios depressivos.

Relativamente ao tratamento não farmacológico destacam-se entre outros a: psicoterapia de apoio, psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia psicodinâmica/ psicanálise, terapia interpessoal e terapia familiar que podem ser usadas em simultâneo com os medicamentos ou isoladas, dependendo da avaliação clínica e da predisposição do utente para as aceitar (Barros, 2008).

As intervenções psicoterapêuticas como por exemplo a terapia cognitivo-comportamental, a terapia de grupo, a terapia familiar, entre outras, são mais usadas e úteis em situações de depressões reativas. Nas situações de depressão moderada a grave são usadas em associação com medicamentos (Portal da saúde, 2010).

As técnicas psicoterapêuticas reduzem os sintomas e pode auxiliar as pessoas, utilizando várias técnicas, tanto individuais como em grupo, com o intuito de se trabalhar habilidades de relacionamento, estilo de vida, ajustamento social, redução do *stress*, resolução de problemas etc. Para uma melhor abordagem deste tipo de pessoas, existem alguns pontos que são fundamentais ter em conta, a compreensão da doença, reconhecer os sinais da doença, a relação equipa multidisciplinar/pessoa, a adesão ao tratamento e o papel das associações e grupos de autoajuda

Segundo Afonso (2004), o tratamento da depressão pode ser efetuado de várias formas: tratamento farmacológico, tratamento psicoterapêutico (psicoterapia individual ou de grupo), a eletroconvulsivoterapia, a fototerapia, e ainda a estimulação magnética transcraniana.

Para o mesmo autor, qualquer que seja a estratégia terapêutica usada é importante realçar que os tratamentos para a depressão “ *não visam apenas a melhoria do humor e do estado geral, mas também procura estabelecer o indivíduo em termos do funcionamento social e prevenir futuras recorrências da doença* “ (p.78).

A escolha do tratamento deverá ser individualizada, procedendo-se a uma avaliação global do utente a nível físico e mental, numa perspetiva holística para perceber quais as causas que podem estar na origem da depressão, que podem ser multifatoriais. (Afonso, 2004)

3 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A área da saúde mental é claramente uma área de especialização que se foca na satisfação das necessidades do doente mental, trabalhando em parceria com a família, pessoas significativas e comunidade, em qualquer *setting* (Stuart, 2001). A American Nurses Association afirma sobre a enfermagem de saúde mental que se trata de “*uma área especializada da prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como sua ciência e o uso propositado de si próprio como arte*” (p.36). Este uso de si próprio está presente em toda a prática de enfermagem, mas esta marca de intencionalidade é mais evidente na enfermagem de saúde mental onde a utilização do Eu e da relação como instrumentos terapêuticos são uma constante necessidade que, noutras áreas de enfermagem, não se manifesta de modo tão óbvio. O autoconhecimento e a autoconsciência são assim competências que importam desenvolver de modo a conseguir estabelecer relações de ajuda com os clientes, que se pretendem congruentes, empáticas e de aceitação incondicional do outro (Rogers, 2009).

A Australian College of Mental Health Nurses (ACMHN) define o Enfermeiro Especialista na área da Saúde Mental e Psiquiatria como um profissional que possui uma qualificação específica em saúde mental, apresenta uma abordagem holística, guiada por uma prática baseada na evidência, estabelecendo uma parceria com o cliente, englobando a sua família e comunidade, rumo a um *recovery*, definido pelo próprio indivíduo. Esta definição gera interesse porque inclui o conceito de *recovery* que consideramos ser fundamental para perspetivar um verdadeiro nível de adaptação da pessoa com doença mental. *Recovery* é antes de mais um «patamar de vida» construído pela própria pessoa, ou seja, é o que é relevante para o indivíduo alcançar pois só ele é que pode saber o que o deixa satisfeito, realizado e feliz, com ou sem sintomas (Bonney, 2008). Daí que o otimismo, a esperança, o *empowerment*, a inclusão social, a autorresponsabilização, o autoconceito e a identidade, são conceitos construtores do *recovery* (Gale, 2012), que visa conseguir o bem-estar da pessoa com doença mental, em remissão ou não, de acordo com os critérios da mesma. Claramente implica um trabalho de parceria que tem de ir para além do indivíduo e englobar o contexto em que esse está inserido.

Ainda olhando para a definição do ACMHN, é cada mais essencial apostar em intervenções terapêuticas que tenham na sua fundamentação uma evidência científica sólida, de modo a conseguirmos estabelecer uma prática baseada na evidência.

3.1 –Psicoeducação

A abordagem comportamental para o tratamento de doentes com alterações de humor, no ensino ao doente de forma a realizar uma análise funcional do seu próprio comportamento, com o objetivo de adotar medidas que previnam sintomas típicos de episódios de mania e depressão.

Segundo Delitti (2008), um dos melhores procedimentos terapêuticos consiste em ensinar o utente a analisar contingências do seu ambiente envolvidas na queixa, a identificar a relação entre comportamentos e consequências e a construir suas próprias regras.

Para Colom e Vieta (2004) a psicoeducação caracteriza-se por transmitir ao utente, dados sobre o diagnóstico. Estas informações abrangem a etiologia, prognóstico, o percurso da doença, ensinar o doente e a família a identificarem os sinais precoces de uma crise, necessidade de aderir ao tratamento (seja medicamentoso e/ou psicossocial), necessidade de promover hábitos saudáveis (sono, alimentação, atividade física, uso de substâncias), acrescentando ainda como lidar com a estigmatização, as dúvidas, medos e mitos de depressão.

O principal objetivo é fornecer aos doentes uma abordagem teórico-prática que lhes possibilite compreender o mecanismo da sua patologia. Possui um papel fundamentalmente educativo, aparece desde o início até ao final do tratamento, sendo que a tarefa do enfermeiro é educar e familiarizar o doente em relação aos seus problemas e sua patologia, esclarecendo-o acerca das implicações e consequências do diagnóstico estabelecido.

Assim, ao ensinar o doente e a família sobre a doença e suas consequências, contribui-se para uma melhor possibilidade de tratamento, uma diminuição da sintomatologia, bem como prevenção de recaídas, o que consequentemente acarreta em melhor qualidade de vida pelo aumento da autoestima e do bem-estar, pela diminuição do sofrimento relacionado à doença, da redução do estigma e da culpa, e pelas mudanças no estilo de vida que induzam ao *stress* (Stefanelli; Moreno, 2008).

O primeiro objetivo é fazer do doente um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e, consequentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo (Justo; Calil, 2004).

Este tipo de tratamento não farmacológico caracteriza-se por ser limitado no tempo, estruturado, diretivo, focado no presente e na busca de resolução de problemas. Contudo, é uma abordagem baseada em métodos experimentais e científicos, partindo do pressuposto de que as cognições gerem as emoções e os comportamentos. Educar o doente através de diversos meios, tais como, esclarecimentos, folhetos informativos, livros, filmes, entre outros, torna-se fundamental, pois é através destas informações que o doente aprende sobre o funcionamento de

sua patologia, conseguindo assim, identificar comportamentos e pensamentos distorcidos/disfuncionais e que acabam gerando aflição e sofrimento (Basco; Rush, 2005).

As intervenções psicossociais têm a capacidade de orientar os doentes na estabilização do humor, diminuindo os internamentos hospitalares e aumentar o funcionamento social em diversas áreas (Huxley *et al*, 2000).

A psicoeducação permite que o doente seja capaz de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características do transtorno psicológico que precisa enfrentar, pois o mesmo passa a conhecer detalhadamente as consequências e os fatores que podem desencadear os diversos problemas da sua patologia (Caminha *et al*, 2003).

O objetivo final de qualquer tratamento deve ser uma redução dos sintomas e uma melhoria no decorrer de uma doença específica. Isto é verdade tanto para os tratamentos farmacológicos bem como para o tratamento psicoeducacional. Os mecanismos de ação da psicoeducação podem ser divididos em três níveis. No primeiro nível encontramos os mecanismos básicos que compõem objetivos parciais, cuja falta de cumprimento nos leva a dizer simplesmente que a psicoeducação não funcionou. Eles incluem o fornecimento ao doente de uma consciência adequada do distúrbio (e também do episódio, quando necessário), melhorar a adesão farmacológica e facilitar a detecção precoce de novos episódios. Os três mecanismos básicos são provavelmente aqueles que são mais capazes de explicar os bons resultados do programa (Colom; Vieta, 2006).

Em um segundo nível estão colocados os mecanismos de segunda ordem, isto é, objetivos parciais desejáveis que não sejam, no entanto, responsabilidade exclusiva do programa de psicoeducação. No terceiro nível estão os objetivos desejáveis que são considerados parte de um "cenário excelente", que devem ser atingidos uma vez que os níveis anteriores foram cobertos (Colom; Vieta, 2006).

3.2 - O uso da Psicoeducação na Depressão

A psicoeducação é uma modalidade de tratamento em doentes depressivos, direcionada para o aumento da adesão terapêutica e para a prevenção de recaídas (Colom; Vieta, 2004). Consiste em fornecer ao doente e/ou familiares orientações acerca de uma determinada condição com o objetivo de melhorar seu estado de saúde (Caballo *et al*, 2002; Colom; Vieta, 2004). É utilizada como profilaxia adjuvante no tratamento da depressão, e tem como benefício principal a redução do número de internamentos (Colom; Vieta, 2004).

Assim, a psicoeducação confirma-se como uma possibilidade terapêutica para aumento da adesão ao tratamento e melhoria do prognóstico não apenas em doenças psiquiátricas, mas noutras doenças crônicas. Estudos sobre intervenções psicossociais envolvendo técnicas psicoeducativas mostram evidências de melhora na qualidade de vida, prevenção de recorrências e aumento da adesão ao tratamento farmacológico em doentes portadores de doenças cardíacas (Linden, 2000) e dor cardíaca crônica (Mcgillion *et al*, 2008), fibromialgia (Degotardi *et al*, 2006), artrite reumatoide (Nichol *et al*, 2005), asma (Durna; Ozcan, 2003; Ng *et al*, 2008) e em tratamento contra o cancro (Jarden *et al*, 2009). A psicoeducação reduz, ainda, a ocorrência de transtornos alimentares na população diabética (Olmsted *et al*, 2002), assim como promove um melhor controle da glicemia capilar na Diabetes II (Song *et al*, 2007)

Na psicoeducação, o enfermeiro orienta as sessões nas quais são discutidos tópicos gerais sobre o transtorno, abrangendo, desde a etiologia, às formas de tratamento e prevenção. Além disso, é comum a aquisição de técnicas que facilitam a identificação de sintomas que podem desencadear episódios maníacos e depressivos, técnicas de solução de problemas, adoção de rotinas saudáveis e de estratégias para a prevenção de recaídas (Colom; Vieta, 2004; Miklowitz *et al.*, 2003).

Na atualidade, existem diversas modalidades de psicoeducação, que podem ser direcionadas a doentes isolados ou em grupos (de doentes, familiares, casais, pais e mistos). A quantidade de sessões e o conteúdo também variam amplamente de acordo com o tipo de participante. De acordo com Colom e Vieta (2004) os temas que são discutidos com mais frequência são: características gerais da doença, diferentes modalidades de tratamento, identificação de sintomas e sinais de crise, para além de questões específicas relacionadas com a doença, nomeadamente o abuso de substâncias e a estigma social.

3.3 - A eficácia da Psicoeducação

Todos os estudos com realizados em ambiente controlado apontam algum benefício da psicoeducação e os indicadores de eficácia mais frequentemente usados nesses estudos são: os episódios de humor (número, intervalo e duração), o número e duração dos internamentos psiquiátricos, o número de tentativas de suicídio, a adesão ao tratamento farmacológico e a qualidade de vida.

Em 2003, Scott observou que a psicoeducação em grupo em sessões estruturadas, que incluía identificação de sintomas e incentivo à adesão ao tratamento, verificou-se a redução do número de internamentos, e uma menor ocorrência de alterações de episódios de humor.

Também em 2003, em um estudo longitudinal feito em Barcelona, com acompanhamento de dois anos após a psicoeducação, Colom *et al.* (2004) demonstraram que, do grupo de doentes que receberam psicoeducação associada à medicação, 67 % tiveram um novo episódio de mania ou depressão ao passo que, dos que receberam apenas medicação, 90% apresentaram novo episódio ao longo desse período. Em outro estudo, no mesmo ano, Colom *et al.* (2004) verificaram que o número de ocorrências totais e o número de episódios depressivos foram significativamente menores nos doentes em tratamento psicoeducativo durante os 2 anos de acompanhamento.

Outra publicação, o mesmo grupo de autores relatou que os efeitos benéficos da psicoeducação tendem a permanecer por longos períodos (Colom *et al.*, 2009). Após 5 anos de acompanhamento dos doentes que fizeram parte do estudo publicado em 2003, aqueles que foram submetidos à psicoeducação apresentaram um número menor de episódios recorrentes, passaram menos tempo sintomáticos e apresentaram menor número de internamento.

3.4 - Psicoeducação e outras Intervenções Psicossociais

Além da psicoeducação, psicoterapias mais intensivas, como terapia cognitivo-comportamental, terapia focada na família e a terapia interpessoal mostram-se eficazes para a melhora dos sintomas e do funcionamento social, devendo ser consideradas quando há viabilidade (Connolly; Thase, 2011).

As intervenções psicossociais mais utilizadas para doentes com depressão são: psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal e de ritmo social, terapia familiar e conjugal e terapia psicodinâmica, sendo a terapia cognitivo-comportamental e a psicoeducação as abordagens mais pesquisadas.

Nos dois artigos mencionados a seguir, os autores compararam a psicoeducação com outro tipo de intervenção psicológica. Madigan e colaboradores (2011) observaram, em estudo comparativo entre a terapia de solução e a psicoeducação (ambas em grupo) que os cuidadores, envolvidos em qualquer das intervenções, demonstraram maior conhecimento sobre a doença e redução da carga. Além disso, constatou-se uma considerável melhoria na qualidade de vida para os doentes depressivos cujos cuidadores frequentaram alguma das intervenções referidas, em

relação àqueles que acompanharam o tratamento usual sem intervenção psicossocial associada. Zaretsky *et al.* (2008) compararam doentes bipolares tipos I e II que receberam 7 sessões de psicoeducação individual com bipolares II que receberam, além das 7 sessões de psicoeducação, receberam mais 13 de terapia cognitivo- comportamental (TCC).

Observaram que os últimos obtiveram uma redução de 50% dos dias de humor deprimido ao longo de um ano. No entanto, não existiu diferenças entre os grupos nas taxas de internamento, adesão à medicação, funcionamento psicossocial ou a procura de serviços de saúde mental.

3.5 - Psicoeducação para Cuidadores ou familiares de doentes deprimidos

Miklowitz *et al.* (2003) nos estudos realizados apresentam uma série de dados interessantes sobre a eficácia da psicoeducação, no que diz respeito a inclusão da família nas sessões. Em 2003, demonstraram que a combinação de psicoeducação familiar com a farmacoterapia melhora a adesão ao tratamento farmacológico. Neste estudo verificou-se a terapia focada na família (21 sessões de psicoeducação, aquisição de competências, resolução de problemas) associada à farmacoterapia. Os doentes foram avaliados a cada 3 a 5 meses durante 2 anos. Assim aferiram que não só melhoraram a adesão ao tratamento farmacológico como a redução dos sintomas de humor no grupo de terapia focada na família.

Em 2004, os mesmos investigadores avaliaram a psicoeducação focada na família para adolescentes com alterações de humor. No grupo experimental aplicou-se sessões de psicoeducação e verificou-se uma melhoria significativa na sua sintomatologia bem como problemas relacionados com o comportamento, que se mantiveram ao longo de pelo menos 1 ano. Em 2008, demonstraram, no mesmo grupo de doentes, aleatoriamente designados para tratamento focado na família ou cuidados habituais (ambos associados a farmacoterapia), verificou-se que os doentes que receberam sessões de psicoeducação recuperaram de sintomas depressivos mais rapidamente e passaram menos semanas em depressão.

Os diversos estudos afirmam que os tratamentos psicoeducativos oferecidos aos familiares, parceiros ou cuidadores de doentes com alterações de humor, possuem benefícios no que diz respeito ao intervalo de tempo de uma possível recaída, reduz a sensação de sobrecarga do cuidador em relação aos cuidados com o doente (Madigan *et al.*, 2011), prognóstico mais favorável de sintomas depressivos (Miklowitz *et al.*, 2003), redução de sintomas de humor e intervalos mais longos de uma possível recaída (Miklowitz *et al.*, 2003).

Além disso, observou-se maior adesão ao tratamento, bem como maiores intervalos entre os episódios (Bauer *et al.*, 2009).

3.6 - Psicoeducação e custos com a doença

Ao analisar os diversos artigos, verificou-se que apenas dois compararam a relação entre utilização dos recursos de saúde mental e os custos do tratamento em doentes envolvidos em programas de psicoeducação.

Scott *et al.* (2003), faz uma análise do impacto económico das sessões de psicoeducação adotada no estudo de Barcelona, onde relata que essa modalidade terapêutica apresenta uma importante redução de custos globais de tratamento, na medida em que previne recaídas, e novos internamentos. A utilização de serviços médicos de urgência e outras situações de emergências foi significativamente menor em doentes que participaram em programas de psicoeducação, paralelamente existiu um maior número de consultas planeadas e uma maior assiduidade nos serviços de psiquiatria.

No estudo feito por Bauer *et al.* (2009), os gastos totais com saúde mental e os dias de internamento em hospitais psiquiátricos reduziram significativamente após um ano no programa de psicoeducação. Desta forma, a psicoeducação demonstra potencial para reduzir custos com a doença, uma vez que previne os episódios de alteração de humor, levando, assim, à redução de situações de urgência.

3.7 - Programa de Psicoeducação utilizados na depressão

Atualmente existem vários programas de psicoeducação, que garante uma enorme eficácia na prevenção de todos os tipos de episódios bipolares - maníacos ou hipomaníacos, mistos e depressivos. O Programa de Transtornos Bipolares de Barcelona é um exemplo de um programa de psicoeducação que pode ser utilizado no tratamento da depressão.

Segundo o programa supracitado, para a introdução de um programa de psicoeducativo, é recomendado começar o tratamento quando o utente está eutímico. Na fase maníaca não deve absolutamente ser introduzido em um programa de psicoeducação devido ao comportamento e alterações próprias da mania como a distratibilidade, e alterações cognitivas, o que seria difícil para o utente beneficiar do tratamento.

Da mesma forma, utentes gravemente deprimidos não devem ser incluídos em um programa psicoeducacional, entre outras coisas, porque não se obteria benefício em função de suas próprias alterações cognitivas (atenção, lentidão e dificuldades de memória). Além disso, existe um risco de piorar o quadro acentuando a falta de esperança, porque um utente deprimido facilmente se apega a parte mais negativa das informações fornecidas. Se um utente incluído no programa de psicoeducação de repente sofre um episódio depressivo grave, é sugerido que ele seja retirado do programa oferecendo a possibilidade do mesmo continuar com um acompanhamento e seguimento no serviço, para evitar a sensação de abandono, com a possibilidade de ser incorporado em uma psicoeducação posterior.

O tratamento psicoeducativo tem, portanto, um caráter claramente preventivo, e não é, em nenhum caso, válido para abordar um episódio agudo, por essa razão deve-se iniciar esse tratamento quando o doente se apresentar assintomático (Colom; Vieta, 2004).

O programa de psicoeducação apresentado pelo grupo de Barcelona consiste em duas versões de psicoeducação sendo uma com 21 sessões e uma versão reduzida de 8 sessões. Desta forma apresentamos as 21 sessões sugeridas neste programa:

1. Introdução
2. O que é doença bipolar?
3. Fatores causais e desencadeantes
4. Sintomas (I): Mania e hipomania
5. Sintomas (II): Depressão e estados mistos
6. Curso e desfecho
7. Tratamento (I): estabilizadores de humor
8. Tratamento (II): agentes antimaníacos
9. Tratamento (III): antidepressivos
10. Níveis séricos: lítio, carbamazepina e valproato
11. Gravidez e aconselhamento genético
12. Psicofarmacologia versus terapias alternativas
13. Riscos associados ao abandono do tratamento
14. Álcool e drogas ilícitas: riscos na doença bipolar
15. Detecção precoce de episódios maníacos e hipomaníacos
16. Detecção precoce de episódios depressivos e mistos
17. Que fazer quando uma nova fase for detetada?
18. Regularidade do estilo de vida

19. Técnicas de gerir o *stress*
20. Técnicas de resolução de problemas
21. Sessão final

A eficácia do programa de psicoeducação com sessões reduzidas, apesar de pouco testadas, em comparação com o programa de 21 sessões, também se mostra eficaz. De seguida apresentamos o modelo do programa reduzido de psicoeducação, de acordo como Colom e Vieta (2004):

1. Conceito e causas
2. Sintomas I: Mania e hipomania
3. Sintomas II: Depressão e condições mistas
4. Evolução e prognóstico
5. Estabilizadores do humor
6. Medicamentos antipsicóticos e antidepressivos
7. Aprender a detetar episódios
- 8 O que fazer quando há descompensação?

3.7.1 - Psicoeducação em familiares

Miklowitz no ano de 2008 faz referência a um programa de psicoeducação, onde para além de incluir os doentes, inclui também os seus familiares. O programa é constituído por 21 sessões, e apresenta uma durabilidade de 9 meses. As primeiras 12 sessões são realizadas semanalmente, as outras 6 são realizadas quinzenalmente, enquanto que, as últimas três encontros são mensalmente.

Na primeira fase da psicoeducação, os objetivos das primeiras 10 sessões foram: incentivar os doentes e os seus familiares a desenvolverem ideias comuns dos sintomas, etiologia e prognóstico da doença e a possibilidade de recaídas; a importância da adesão terapêutica; prevenção de recaídas e identificação dos sinais de crise. Na fase seguinte são abordadas capacidades de escuta ativa, *role-playing* e *ensaios* nas sessões, oferecendo um *feedback* positivo ou crítica construtiva, avaliando a necessidade de alterações de comportamentos e habilidades de resolução de problemas, em que os participantes aprenderam a identificar, gerir soluções para implementar nos problemas na vida da família. As últimas três sessões são para esclarecimento

de dúvidas, e resumo das sessões anteriores. A terapia focada na família tem-se mostrado eficaz em combinação com a farmacoterapia na estabilização dos sintomas depressivos entre indivíduos com transtorno bipolar. (Miklowitz *et al*, 2008).

De acordo Miklowitz *et al*, 2008 os tópicos a serem abordados num programa de psicoeducação para doentes bipolares e seus familiares são os seguintes:

- 1) Informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença
- 2) Informação sobre os fatores de desencadeamento
- 3) Informação sobre os agentes psicofarmacológicos, vantagens e desvantagens;
- 4) Aprender a detetar episódios de crise;
- 5) O que deve fazer numa situação de emergência;
- 6) Como identificar os sintomas;
- 7) Informação sobre os riscos associados ao uso de drogas e álcool;
- 8) Ênfase sobre a importância de manter um sono regular;
- 9) Promoção de hábitos saudáveis;
- 10) Capacidade para gerir o *stress*;
- 11) Informação concreta sobre alguns assuntos como gravidez e transtornos bipolares e risco de suicídio;
- 12) Lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados à doença;

4- PERCURSO METODOLOGICO

As intervenções terapêuticas são fundamentais para o nosso desenvolvimento, numa sociedade, em que a evolução é uma constante, em que o passado se projeta no futuro e, em que o progresso se faz pela capacidade de raciocínio da própria pessoa nos seus projetos.

A elaboração de um programa de intervenção constitui-se como um plano de trabalho que está organizado fundamentalmente para o estudo/intervenção de um problema da nossa realidade social.

Assim no presente capítulo pretendemos dar a conhecer o percurso percorrido no processo de construção do programa de intervenção terapêutica nos utentes deprimidos do internamento ou seguidos em consulta do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande.

De seguida vamos apresentar o percurso metodológico efetuado, ou seja, de que forma foi elaborada a metodologia utilizada.

4.1 - Metodologia utilizada

Sendo o presente relatório de estágio realizado a partir de um projeto de intervenção terapêutica que se desenvolveu no contexto da prestação de cuidados, torna-se fundamental mencionar algumas considerações sobre a metodologia que se pretende utilizar.

A elaboração de um relatório favorece o desenvolvimento do indivíduo na medida em que este se torna responsável pela construção do seu próprio saber. Através desta metodologia o indivíduo torna-se mais atento, crítico, confiante e exigente em relação a si, aos outros e ao meio que o envolve, logo, mais capaz de intervir socialmente. (Alves, 2004)

De acordo com o programa de enfermagem do Serviço de Psiquiatria Internamento de Agudos do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE, consideramos importante a implementação e desenvolvimento de um plano de intervenções terapêuticas aos doentes com Depressão internados no serviço mencionado anteriormente, que permitisse desenvolver e/ ou aprofundar competências na área da saúde mental e psiquiatria, direcionando a prestação de cuidados para o campo psicoeducacional, visando a educação e promoção para a saúde, para que a pessoa adquira conhecimentos e habilidades, que lhe um padrão de funcionamento mais saudável e autónomo.

O desenvolvimento de competências é uma preocupação constante em todo o processo de formação do enfermeiro. Nesta perspetiva, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, que tem por base o guia de orientação do Conselho Internacional de Enfermeiros, considera competência “ *um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (p.16). Sobre este conceito, Collière (1999) afirma que “*(...) a competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir*”. (p.290)

Seguindo esta linha de pensamento, antes de realizar as intervenções psicoeducativas, foram efetuadas entrevistas de avaliação diagnóstica, com o intuito de obter dados sobre o doente.

A entrevista de enfermagem de avaliação diagnóstica é uma forma de interação entre a pessoa e o enfermeiro e pode ter como objetivo colheita de dados, aconselhamento, ensino psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a ajudar a pessoa a viver uma situação difícil. Na sua preparação deve ser atendida à utilidade, finalidade, a pessoa a que se dirige e meios disponíveis para a sua concretização (Chalifour, 2009).

O primeiro contacto com o utente é fundamental para todo o processo, uma vez que é na realização da primeira entrevista que se efetua a primeira de muitas recolhas de dados para que posteriormente permitam uma avaliação correta do diagnóstico.

De acordo com Lopes (2006) através de uma entrevista de diagnóstica sólida podem-se obter informações valiosas para uma avaliação inicial. No entender de Lopes (2006), e Travelbee cit. por Roeher, *et al.* (2007) esta primeira entrevista entender a pessoa, a forma como este se vê, sente, percebe e age no mundo. O acesso a esta informação e sua compreensão, através de uma boa avaliação diagnóstica, contribui para a identificação dos problemas para o doente deprimido, para o planeamento de outras intervenções terapêuticas adequadas aos mesmos, e para o sucesso das nossas intervenções. Para o mesmo autor, a avaliação diagnóstica foi feita de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados, uma vez que esta consiste na avaliação/reavaliação da situação da pessoa.

Seguidamente foram agendadas entrevistas de ajuda, por forma a trabalhar com o utente estratégias para melhorar o seu estado de saúde.

Phaneuf (2005) descreve a entrevista de ajuda como uma estratégia de comunicação profissional através da qual o enfermeiro desenvolve um processo de ajuda previsto e definido antecipadamente. O enfermeiro direciona esta habilidade com o objetivo de ajudar uma pessoa que vive um momento de crise a falar sobre as suas dificuldades físicas, psicológicas ou

relacionais, ou a libertar a sua tensão emocional e a sua ansiedade, manifestando-lhe compreensão empática e ajudando-a a identificar as suas capacidades para fazer face à problema com que se depara, ou seja, ajuda o utente a encontrar soluções.

De acordo com Benjamin (2001) a entrevista de ajuda é a ampla interação verbal e não-verbal entre o enfermeiro e a pessoa, na qual se dá o ato de capacitação e por meio da qual o enfermeiro capacita a pessoa a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve ou não mudar seu comportamento. Ainda, essa modalidade de entrevista tem a função de utilizar e otimizar os recursos da própria pessoa de forma que esta compreenda melhor o que está acontecendo a si mesma.

As entrevistas foram realizadas individualmente em gabinete apropriado isento de ruídos e interrupções, estas foram sempre agendadas conforme a preferência do utente, e tiveram a durabilidade máxima de uma hora. Aquando da realização das mesmas foram tidos em conta princípios fundamentais, nomeadamente: a clarificação do tipo de entrevista, definição dos objetivos a atingir e os instrumentos a utilizar. Procuramos sempre demonstrar total disponibilidade para escutar o que nos transmitia através da comunicação verbal e não-verbal, proporcionando um clima de confiança e interação entre ambos, de modo a que o utente se sentisse aceite, compreendido e à vontade para que se conseguisse estabelecer uma relação terapêutica.

Como refere Phaneuf, (2005), a entrevista em contexto de cuidados é um contacto entre duas pessoas que geralmente é planeado. Neste encontro as duas pessoas devem aceitar-se mutuamente, respeitar-se e desenvolver conhecimento.

Através das entrevistas de ajuda procurámos aumentar e aprofundar os conhecimentos do utente relativamente à sua doença e curso esperado da mesma, ao reconhecimento de sinais de alerta e mudanças em sintomas persistentes, ao tratamento e importância da adesão, bem como os efeitos secundários da medicação e prevenção de recaídas.

Para garantir a eficácia das entrevistas, procurámos avaliar o que o utente sabia sobre a temática, tentamos ser claros e precisos, bem como utilizar frases curtas e palavras simples. Procurámos dar coerência ao raciocínio dos conceitos mais simples para os mais complexos, repetindo os conteúdos as vezes que fossem necessárias para favorecer a sua compreensão e memorização, seguindo o seu ritmo de compreensão e tornando a aprendizagem significativa. Verificamos que enumeras vezes a compreensão da informação através de questões abertas sobre os conteúdos ensinados e utilizámos reforços positivos para estimular o utente a continuar e a tornar a aprendizagem um momento agradável, no final procurou-se sempre fazer uma breve síntese, de forma a melhorar a compreensão e interiorização dos conteúdos ensinados.

Antes de descrever ver o processo de psicoeducação proposto, tendo em conta que um dos critérios de inclusão é a presença de Humor eutímico, para fazermos a sua verificação foi necessário recorrer a aplicação de escalas nomeadamente: Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HAM-D e a Escala de Young para Avaliação da Mania – Young. As escalas foram aplicadas no início da nossa intervenção e no final para verificar como encontrava o Humor no preciso momento.

Escala de depressão de Hamilton (HAM-D) - A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) foi desenvolvida há mais de 50 anos (Hamilton, 1960) e mesmo assim mantém sua posição de uma das escalas mais utilizadas em sintomatologia depressiva. A HAM-D foi elaborada para avaliação e quantificação da sintomatologia depressiva em doentes portadores de Transtornos do Humor, não se recomenda o uso para outros tipos de doentes e nem deve ser utilizada como instrumento diagnóstico para identificar depressão. Nesta escala, os aspetos cognitivos e somáticos totalizam mais de 50% do score total possível, enquanto 16% estão associados aos sintomas ansiosos. A categoria humor representa 8%. Por enfatizar sintomas somáticos, a HAM-D é particularmente sensível a mudanças vivenciadas por pacientes gravemente deprimidos. Por outro lado, a presença de doenças físicas pode distorcer as conclusões, uma vez que a melhora dos sintomas relacionados à doença pode ser confundida com a melhora do episódio depressivo (Gorenstein; Moreno, 2011). A escala HAM-D possui três versões - de 17 a 21 itens, ou ainda de 24 itens (os três tópicos adicionais são desamparo, desesperança e desvalia). Os itens são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dentro de um período determinado de dias, variando a pontuação de 0 a 2 ou de 0 a 4. O grau de confiabilidade da escala, medido pela consistência interna e confiabilidade entre avaliadores, é considerado de bom a excelente. Embora o autor não tenha proposto uma medida que permitisse avaliar o estado depressivo de acordo com o score obtido, na prática se aceita que um score acima de 25 pontos identificam doentes gravemente deprimidos; entre 18 e 24 pontos, doentes moderadamente deprimidos; e entre 8 e 17, doentes levemente deprimidos (Moreno e Moreno, 2000). Abaixo de 8 pontos os indivíduos são considerados eutímicos.

Escala de mania de Young (Young) - A escala de mania de Young (Young *et al.*, 1978) foi construída em 1978, sendo o instrumento mais amplamente utilizado em estudos clínicos controlados com pacientes maníacos. A escala foi traduzida, adaptada e modificada para a literatura portuguesa, por Vilela e Loureiro no ano de 2000. A escala constitui-se de 11 itens baseados em sintomas centrais da mania descritos no DSM-V TR: (a) humor e afeto elevados; (b) energia e atividade motora elevadas; (c) interesse sexual; (d) sono; (e) irritabilidade; (f) velocidade e quantidade de fala; (g) linguagem (distúrbio do pensamento); (h) conteúdo do

pensamento; (i) comportamento disruptivo agressivo; (j) aparência e (k) insight. Todos os itens são graduados em 5 níveis de gravidade crescente, sendo 7 itens pontuados de 0 a 4 e 4 itens (irritabilidade, velocidade e quantidade de fala, conteúdo do pensamento, comportamento disruptivo agressivo) são pontuados com valores de 0 a 8. De acordo com o score obtido determinamos que scores menores ou iguais a 12 como indicativos de eutimia.

Posteriormente, foi estabelecido um programa de intervenção psicoeducativo, tendo como referência o programa de psicoeducação de Barcelona, este é direcionado para doentes com alterações de humor que se encontrem numa fase eufímica (Colom; vieta, 2006). Assim, justifico a pertinência da utilização das escalas referidas anteriormente para verificar a presença de humor eufímico no doente. Optou-se pela utilização do programa de Barcelona, devido à quantidade de evidências sobre sua eficácia (Vieta *et al.* 2005) e sobre a manutenção dos benefícios alcançados pelos doentes mesmo anos após o término do tratamento (Colom *et al.*, 2009).

Atualmente existem duas versões do programa de Barcelona, uma com 21 sessões e uma versão mais reduzida de 8 sessões, tendo em conta o curto tempo de internamento dos doentes no serviço de Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, o nosso programa de psicoeducação foi composto por 3 sessões, nas quais foram abordados temas e técnicas específicas. As intervenções realizaram-se semanalmente, e de forma individual, com duração aproximadamente de 60 minutos. Relativamente ao formato das sessões estas contemplavam, 10 minutos de acolhimento, cerca de 40 minutos de exposição dos temas propostos para o dia, e os últimos 10 minutos eram reservados para discussão e esclarecimento de dúvidas. Assim, as sessões de psicoeducação foram estruturadas e delineadas da seguinte forma:

Tabela nº 1 – Programa de Psicoeducação

Sessão	Temas a abordar	Recursos
1- Depressão e a sua etiologia	- Introdução: Explicar aos doentes todas as normas, condições de funcionamento, estrutura do programa e suas finalidades. - O que é a depressão? Explicar ao doente como e feito o seu diagnóstico, e o	Humanos: Presença do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: Manuel Brandão Materiais: Sala, possibilidade de método expositivo. Tempo: 60minutos

	<p>inico da doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar quais os fatores que podem desencadear a depressão. -Introdução e manuseamento do gráfico do humor. 	
2- Sintomatologia	<ul style="list-style-type: none"> -Sintomas: Explicar ao doente quais os sintomas de mania e hipomania. - Sintomas: Explicar ao doente quais os sintomas de depressão e sobre episódios mistos. - Abordar o percurso da doença no ciclo vital, - O impacto da depressão na saúde do doente. 	<p>Humanos: Presença do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: Manuel Brandão</p> <p>Materiais: Sala, possibilidade de método expositivo.</p> <p>Tempo: 60minutos</p>
3- Tratamento e deteção de episódios de crise	<p>Explicar ao doente a ação, efeitos e indicações dos estabilizadores de humor e antidepressivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tratamento farmacológico x outras formas de tratamento. - Explicar a importância da adesão a terapêutica. - Como identificar uma situação de crise. - O que deve fazer quando um novo episódio é detetado. 	<p>Humanos: Presença do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: Manuel Brandão</p> <p>Materiais: Sala, possibilidade de método expositivo.</p> <p>Tempo: 60minutos</p>

Face ao programa apresentado, os indicadores devem refletir a mudança das respostas humanas em função de uma situação concreta, pelo que serão utilizados Diagnósticos CIPE e respetivas Intervenções de Enfermagem para substanciarem os mesmos baseados em focos de atenção da CIPE, segundo Amaral, 2010).

A tabela abaixo propõe possibilidades de Diagnósticos CIPE e respetivas intervenções, procurando-se desta forma uma correspondência entre as sessões a serem implementadas e a necessidade de se criarem oportunidades de mudança das respostas humanas.

Tabela nº 2 – Diagnósticos CIPE

DIAGNÓSTICOS CIPE	INTERVENÇÕES
<p>Adaptação prejudicada (inexistência de disposição para gerir novo desafio/situação, incapacidade de modificar o estilo de vida ou o comportamento de forma consistente, expressão de incapacidade para se adaptar/gerir novo desafio, inexistência de disposição de adaptação a novo desafio ou situação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir na auto-modificação; -Assistir na modificação do comportamento: habilidades sociais;
<p>Conhecimento não adequado (tipo de conhecimento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas: domínio e reconhecimento da informação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar a aprendizagem; -Iniciar educação para a saúde; -Motivar disposição para aprender.
<p>Coping ineficaz (tipo de adaptação com as características específicas: disposição para gerir o <i>stress</i>, que constitui um desafio aos recursos que</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a tomada de decisão; - Encorajar relação complexa

<p>o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto-protetores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva, acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico)</p>	
<p>Relação disfuncional demonstrada (tipo de interação social com as características específicas: ações de estabelecer ou continuar ligações estáveis ou variáveis com um ou mais indivíduos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar treino da assertividade; - Encorajar os relacionamentos sociais.

Assim, os focos de atenção que foram trabalhados com os utentes e os respetivos diagnósticos incidiram sobre dois aspetos, nomeadamente a “adaptação” e o “conhecimento”.

A intenção de cuidados do enfermeiro incide essencialmente na aquisição de conhecimentos por parte do utente, na medida em que a primeira condição para que o este adote ou mude determinados comportamentos, prende-se com a posse da informação necessária sobre o que mudar e porquê mudar. Para dar resposta a estes diagnósticos foram prescritas intervenções de enfermagem, nomeadamente:

Tabela nº 3 – Prescrição de intervenções de enfermagem

Prescrição	Objetivo	Atividades
<p>Assistir na modificação do comportamento</p>	<p>Ajudar o doente a substituir um comportamento indesejável por outro desejável,</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar motivação para a mudança; - Elaborar um programa de psicoeducação

	utilizando os pressupostos e técnicas, adaptadas, do modelo de terapia comportamental.	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer ponto de partida para a mudança e determinar limite temporal específico para avaliar o comportamento; -Oferecer reforço positivo à mudança positiva.
Ensinar o indivíduo	Desenvolver, implementar e avaliar um programa de ensino, elaborado para atender às necessidades do utente.	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o estilo de aprendizagem do utente; -Avaliar o progresso e domínio do conteúdo - Estabelecer a necessidade do programa e credibilidade do formador; -Identificar necessidades de aprendizagem do utente e objetivos a alcançar; -Planear e otimizar material didáctico às características da aprendizagem; -Promover ambiente que leve à aprendizagem -Providenciar tempo para perguntas e discussão.
Ensinar sobre o processo de doença	Assistir o utente na aquisição de conhecimentos, habilidades e equipamentos necessários a uma decisão sobre cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o que o utente faz para controlar os sintomas; -Analisar mudanças no estilo de vida que podem controlar o processo de doença;

		-Avaliar nível de conhecimento do utente sobre a doença;
Executar treino da assertividade	Promover o treino controlado de expressão efetiva e oportuna de sentimentos, necessidades ou ideias	-Identificar e distinguir comportamentos de afirmação e de agressividade-passividade; -Orientar o utente na prática da assertividade -Promover a expressão de pensamentos e sentimentos, positivos e negativos; -Promover oportunidades para a prática
Facilitar aprendizagem ao utente	Otimizar estratégias e métodos de instrução à capacidade do utente	-Oferecer ambiente favorável à aprendizagem; -Ajustar informação de modo a atender ao estilo de vida do utente;
Orientar antecipadamente para a crise	Preparar o utente para uma crise na evolução positiva dos sinais e sintomas	-Informar o utente sobre desenvolvimento e comportamento normais; -Assistir o utente a identificar indícios de possível crise; -Instruir o utente sobre técnicas para enfrentar a crise.

4.2 - ANÁLISE da população

No presente capítulo pretendemos dar a conhecer de que forma foi feita a análise da população em estudo, desde o percurso percorrido no processo de seleção da população alvo, até também as suas principais características.

4.2.1 - Recrutamento da população

No processo de recrutamento da população, foram determinados critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão definimos o seguinte: ser doente internado no serviço de psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, que demonstra-se capacidade de verbalizar sentimentos, presença de humor eutímico, (pontuação ≤ 7 na escala de avaliação de depressão de Hamilton e pontuação ≤ 6 na escala de avaliação de mania de Young, e como é óbvio que consentisse participar no projeto. Como critérios de exclusão, doentes com psicose, obsessão e compulsividade, perda de controlo da realidade, alterações do pensamento e desorientação auto e alo psíquica.

Depois de termos os critérios bem definidos, foram identificados os doentes com o diagnóstico de depressão que estavam internados no serviço de Psiquiatria internamento.

A intervenção planeada foi realizada entre o mês Novembro de 2015 e mês de Janeiro de 2016, e durante este intervalo de tempo verificou-se que foram internados no serviço seis doentes com o diagnóstico de Depressão. No entanto, só foi possível trabalhar apenas com três, uma vez que, eram os que reuniram condições para que se efetuar a intervenção. Importa também realçar que o tempo de internamento foi de curta duração o que dificultou a abordagem terapêutica previamente preconizada.

4.2.2 - Características da população alvo

Posteriormente à realização das entrevistas de avaliação diagnóstica efetuadas a cada um dos doentes, procuramos, caracterizar a população alvo e perceber quais os fatores que desencadearam a patologia em estudo a Depressão.

Os doentes que aceitaram participar na intervenção terapêutica, tinham idades compreendidas entre os 52 e 61 anos de idade, todos eles com o diagnóstico médico Depressão. Na tabela abaixo, encontram-se mencionadas de forma sucinta as características da população alvo.

Tabela nº 4 – características da população alvo

Dados\ Identificação	1	2	3
1-Idade	52	57	61
2-Genero	Masculino	Masculino	Feminino
3-Estado Civil	Viúvo	Casado	Casada
4-Escolaridade	1º Ciclo	1º Ciclo	1º Ciclo
5-Profissão	Reformado	Desempregado	Reformada
6-Pessoas com quem vive	Vive sozinho	Vive com a esposa e 1 filho	Vive com o marido
7- Motivo de internamento	Depressão	Depressão	Depressão
8- Teve internamentos anteriores?	Não	Não	Sim
9-Recorre aos profissionais de saúde quando tem duvidas sobre a sua situação de saúde?	Não	Sim	Não
10- Possui outro problema de saúde? Se sim quais?	Sim, Hipertensão	Sim, colesterol	Sim, hipotiroidismo

5 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Defini como objetivo geral do ensino clínico:

- ✓ Desenvolver competências, pertencentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, através de intervenções psicoeducativas em doentes deprimidos.

Após elaborar o objetivo geral do presente relatório, foram traçados objetivos específicos que estão expostos na seguinte na tabela:

Tabela nº 5 – Definição de objetivos

Objetivo específico	Demonstrar capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento durante o trabalho desenvolvido no estágio.
Justificação	Segundo a OE (2010) “ <i>a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psico e socioterapêuticas é central para a prática de enfermagem de saúde mental...</i> ” (p.4). Para prestar cuidados de excelência na área da saúde mental é imprescindível fazer uma análise das nossas intervenções, porque ao conhecermos as nossas limitações bem como as nossas competências conseguimos ajudar os doentes.
Atividades	Elaborar uma reflexão da minha intervenção dos doentes
Critérios de Avaliação	Reflexão sobre os casos com Enf.º Orientador.
Objetivo específico	Desenvolver competências de avaliação diagnóstica das necessidades do doente depressivo
Justificação	O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes (OE, 2010). Para executar uma avaliação diagnóstica correta e torna-se necessário que o enfermeiro possua um

	conhecimento aprofundado na área da saúde mental.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha de informação no processo clínico - Realização de entrevista de avaliação diagnóstica - Registo da entrevista; - Análise e interpretação dos dados obtidos com a colaboração do Enf.º orientador; - Discussão da informação pertinente com equipa multidisciplinar.
Critérios de Avaliação	Relatório de validação dos dados recolhidos pelo Enf.º Orientador
Objetivo específico	Desenvolver competências de planeamento e intervenção, utilizando os princípios da relação de ajuda no doente depressivo.
Justificação	O tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (OE, 2010). Para estabelecer um plano de intervenção ao doente mental, é por vezes fundamental estabelecer uma relação de ajuda com o utente, uma vez que este é o elemento chave em todo o processo de recuperação.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha prévia de informação junto da equipa multidisciplinar; - Desenvolver plano de cuidados de enfermagem usando linguagem classificada; - Realização de entrevista de ajuda; - Registo da entrevista; - Utilização de técnicas de psicoeducação - Discussão da informação pertinente com equipa multidisciplinar.
Critérios de	Relatório de validação da intervenção pelo Enf.º Orientador.

Avaliação	
Objetivo específico	✓ Desenvolver e implementar programas de psicoeducação e treino em saúde mental.
Justificação	O enfermeiro especialista em saúde mental recorre a implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Foi com base nesta que premissa que surgiu o nosso foco de intervenção, ou seja, através de intervenções psicoeducacionais, ajudar a pessoa a restabelecer a sua situação clínica.
Atividades	- Utilização de técnicas de psicoeducação. - Implementar no serviço a intervenção desenvolvida.
Critérios de Avaliação	- Validação das técnicas utilizadas pelo Enf.º Orientador.

6 - INTERVENÇÃO REALIZADA COM OS UTENTES

O início da nossa intervenção teve como base perceber o que cada utente sabia acerca da sua patologia, a sua interpretação e o que pensava sobre a mesma, deste modo direcionamos as nossas ações de acordo com as suas necessidades.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria assume um papel preponderante na capacitação do utente de encontrar estratégias, identificar forças, habilidades e motivações para melhorarem o seu estado de saúde. Torna-se imprescindível que o mesmo perceba e compreenda a importância da intervenção, que assente numa perspetiva da melhoria da qualidade de vida. Neste procedimento a relação que se estabelece com o utente, é fundamental para o tratamento psicoterapêutico.

Para Phaneuf (2005) a relação de ajuda é uma técnica particularmente significativa, dado que a pessoa que ajuda está completamente voltada para o outro, para a sua situação e para o seu sofrimento, definindo-a como *“uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e apoio de que a pessoa tem necessidade, no decurso de uma prova”* (p.324).

A pessoa que ajuda tem sempre como objetivo promover no outro o crescimento pessoal, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar as mudanças que ocorrem na vida.

Phaneuf (2005) ainda justifica, que *“a relação de ajuda permite á pessoa compreender melhor a sua situação, aceita-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.”* (p.324)

Seguindo esta linha de pensamento, procuramos ajudar os utentes a encontrar algumas das respostas para os seus problemas e a definirem qual o caminho a seguir, de modo a adquirirem suporte que lhes permitisse gerir de forma mais eficaz o seu processo terapêutico, respeitando sempre as suas capacidades e valorizando o seu papel. Foi nossa preocupação no decorrer de toda a interação, utilizar uma linguagem simples e clara, expondo a informação de acordo com a compreensão dos utentes, permitindo que estes tomassem decisões informadas sobre o seu processo de saúde e fizessem parte integrante do mesmo.

Para que os utentes após a alta hospitalar se sentissem acompanhados no processo terapêutico que se iniciou no internamento, preconizámos a aplicação de um *follow-up* um mês após o internamento, constituindo-se este um momento privilegiado de partilha e interação.

Neste procedimento, o enfermeiro demonstrou total disponibilidade para a relação interpessoal e interesse em que o utente alcançasse o máximo potencial de bem-estar, e se tornasse participante ativo nas suas experiências de saúde.

Como mencionei no capítulo anterior as sessões de psicoeducação serão divididas em 3, para se conseguir realizar esta intervenção durante o período de internamento do utente e numa fase de estabilização.

Durante a intervenção psicoeducativa foram entregues aos utentes um “Diário” para manuseamento e treino do seu preenchimento, o “Diário” utilizado foi realizado pela ADBE (Anexo III). Este possibilita ao utente registar diariamente o seu nível de humor, permitindo assim ter uma informação muito mais fiável para que os enfermeiros possam verificar a evolução do seu estado de saúde.

A psicoeducação caracteriza-se por informar, principalmente o utente, dados sobre o diagnóstico. Estas informações abrangem a etiologia, o percurso da doença, ensinar o utente/família a identificarem os sinais precoces de uma crise, necessidade de aderir ao tratamento (seja medicamentoso e/ou psicossocial), necessidade de promover hábitos saudáveis e regularidade no estilo de vida (sono, alimentação, atividade física, uso de substâncias), acrescentando ainda como lidar com a estigmatização, as dúvidas, medos e mitos de depressão (Colom; Vieta, 2004).

Ensinando o utente e a família sobre a doença e suas consequências, contribui-se para uma melhor possibilidade de tratamento e diminuição de sintomas, bem como prevenção de recaídas, o que consequentemente acarreta em melhor qualidade de vida pelo aumento da autoestima e do bem-estar, pela diminuição do sofrimento relacionado à doença, da redução do estigma e da culpa, e pelas mudanças no estilo de vida que induzam ao *stress* (Stefanelli, Moreno, 2008).

Deste modo, sendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria o principal agente psicoeducativo, torna-se essencial que desenvolva competências, que lhe permitam transmitir informação sistematizada, de forma compreensível e apropriada a fim de estimular a aprendizagem da população a quem presta cuidados.

A competência resulta da mobilização de conhecimentos (saberes, capacidades, informações), no momento certo e num determinado contexto. A capacidade de mobilização do conhecimento e saberes para a prática promove no indivíduo o desenvolvimento de várias competências, consideradas essenciais para a prestação de cuidados de excelência à pessoa humana.

Segundo Alarcão (2001) a competência é concebida como sendo um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se revela no correto desempenho em situação real.

Benner (2001), na sua teoria sobre o desenvolvimento de competências de iniciado a perito, identifica cinco níveis de “desenvolvimento profissional”, reconhecendo em cada nível características específicas. Utilizando o modelo definido por Dreyfus no qual se considera que a aquisição e o desenvolvimento de perícia de um indivíduo é estabelecido através de cinco níveis de proficiência:

Estadio 1 –Iniciado

- ✓ As iniciadas são inexperientes para as situações com as quais se deparam.
- ✓ Não identificam prioridades, atuando mecanicamente.
- ✓ Regem-se por regras e por normas.
- ✓ Não conseguem fazer uma triagem das situações.

Estadio 2 –Iniciado Avançado

- ✓ As iniciadas avançadas identificam fatores repetitivos.
- ✓ Já conseguem relacionar a situação no todo e não só uma parte da situação.
- ✓ Ainda não conseguem proceder à seleção de prioridades.

Estádio 3 – Competente

- ✓ Já trabalha há mais de dois ou três anos.
- ✓ Estabelece prioridades.
- ✓ Consegue gerir situações rotineiras e algumas situações inesperadas, mas falta-lhe velocidade e flexibilidade nos imprevistos.
- ✓ Não se questiona, nem questiona a situação, porque o seu erro é possuir demasiada autoconfiança.

Estadio 4 –Proficiente

- ✓ A perceção é a sua palavra-chave.
- ✓ Entende as situações chegando a antecipá-las.
- ✓ Identifica o plano de cuidados face às circunstâncias, fazendo a integração da experiência com a prática.

Estadio 5 – Perito

- ✓ As situações clínicas que vivenciou ao longo do seu percurso influenciam o seu desempenho atual.
- ✓ A sua palavra-chave é a intuição, prevendo antecipadamente os indícios dos acontecimentos.
- ✓ Em relação à organização é notável.
- ✓ Devido à sua credibilidade é consultado por outros profissionais.
- ✓ É difícil de avaliar, confronta a instituição com argumentos valorizáveis, tornando-se por vezes uma figura desconfortável.
- ✓ Quando muda de serviço, retorna ao estágio de iniciado/iniciado avançado, até estar devidamente integrado no serviço.

Em suma, o nível iniciado aplica-se não só aos estudantes de enfermagem que não têm nenhuma experiência das situações com que são confrontados, aos recém-formados, mas também a qualquer enfermeiro que se integre num novo serviço. No nível oposto, o enfermeiro perito tem uma enorme experiência e capacidade de compreender de uma forma intuitiva cada situação, assim como uma apreensão direta sobre um problema, sem se perder numa vasta possibilidade de soluções. Na verdade, um perito dispõe de diferentes saberes que são provenientes tanto da sua vida pessoal, como da sua formação e da sua experiência profissional.

O conselho de enfermagem da OE (2003) definiu os domínios adotados para as competências do enfermeiro de cuidados gerais com o intuito de obter consenso nesta matéria. Assim, para os enfermeiros que prestam cuidados gerais são definidas em 96 competências que se relacionam e complementam entre si, estas encontram-se agrupadas em três domínios a prática profissional, ética legal; a prestação e gestão de cuidados; desenvolvimento profissional.

Segundo a OE (2011), Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

De acordo com a fonte supracitada, menciona que as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são:

- ✓ Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- ✓ 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;
- ✓ 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.

O enfermeiro especialista em saúde mental ao cuidar, tem que realizar intervenções autónomas e interdependentes, compreendendo e efetivando competências no âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico e psicoeducacional o que requer um elevado grau de conhecimento, experiência e capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, que lhe permitam prevenir e tratar a pessoa com doença mental, promover a saúde mental e intervir na recuperação e reabilitação psicossocial daquele que sofre.

Estudo de caso número 1

Entrevista de avaliação diagnóstica: Utente de 52 anos de idade, raça caucasiana, sexo masculino, reformado, vive sozinho. Deu entrada no serviço de psiquiatria proveniente do serviço de urgência, e tem como diagnóstico Depressão. A entrevista foi realizada no DPSM, num gabinete calmo, confortável, acolhedor e livre de distrações proporcionando segurança e privacidade ao utente.

Depois da apresentação efetuada, foram colocadas questões abertas, nomeadamente: **o que sente neste preciso momento, o que o preocupa.** O utente refere que se encontra triste, pelo falecimento da sua esposa. O utente referiu “ *a minha mulher era tudo para mim, fazia-mos tudo juntos, era uma amiga, conselheira e agora fiquei sem ela*”. Refere que nunca mais saiu de casa e que vive uma situação muito angustiante. Quando questionado sobre o que o preocupa, refere que neste momento a única situação que o preocupa é o bem-estar do seu único filho. Foi-lhe ainda perguntado o que sabia sobre a sua doença, ele refere que já tinha ouvido falar, é uma situação que acontece quando as pessoas não se sentem bem mas não sabe mais nada.

De acordo a perspectiva do enfermeiro podemos aferir que, não existem registos da presença do utente num internamento psiquiátrico. Após a perda da esposa por doença incurável, começou a isolar-se, deixou de realizar tarefas que anteriormente lhe davam prazer, bem como gerir a sua vida e os seus recursos acabando por perder todos os bens que tinha adquirido.

Relativamente à apresentação e postura, o utente detinha um aspeto descuidado, higiene descuidada, cabelo despenteado, a sua idade aparente era superior à sua idade real, demonstrando uma postura retraída, e submissa.

Aquando da entrevista a sua expressão facial mostrava tristeza, cansaço, angústia. O seu olhar era entristecido e por vezes cabisbaixo, e períodos de labilidade emocional. A motricidade era normocinésica e harmoniosa. A expressão verbal concordante com expressão não-verbal, e o movimento das mãos era frequente, sem tiques ou maneirismos, sem tremor observável.

O contacto que se estabeleceu foi fácil e afável. Contacto simpático: expressão mímica e motora coerente com as vivências que apresenta. Linguagem cuidada, voz calma, tom de voz baixo.

O utente apresentava-se tranquilo, orientado alo e auto psiquicamente, colaborante e bastante interessado na entrevista, pareceu-nos ter consciência de si, bem como consciência da identidade e unidade do eu, e aparentemente sem alterações da consciência do corpo.

No que diz respeito aos impulsos e vontade demonstra perda de interesses e de prazer, está

consciente que tem comportamento inibido e permissivo. Aquando da entrevista o utente apresentou um humor deprimido, o que se refletiu na sua comunicação verbal e não-verbal, bem como na sua postura.

No que concerne aos afetos, o utente demonstrava embotamento afetivo, insegurança, e medo. Quanto às emoções, demonstrava labilidade emocional com ansiedade intensa e choro fácil. O seu pensamento era fluido e coerente, com discurso espontâneo, normoléxico, organizado, por vezes apresentava ideias de suicídio, no entanto não refere o seu planeamento. Adota um discurso negativista, com crenças irracionais na base. Não vê saída para a sua situação atual, apenas vê pontos negativos.

Assim sendo, o trabalho desenvolvido com este utente e de acordo com a nossa proposta de intervenção psicoeducativa foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1 - **Adaptação comprometida**, que segundo a CIPE a descreve como inexistência de disposição para gerir novo desafio/situação, incapacidade de modificar o estilo de vida ou o comportamento de forma consistente, expressão de incapacidade para se adaptar/gerir novo desafio, inexistência de disposição de adaptação a novo desafio ou situação. Com a perda da mulher o utente não conseguiu gerir a sua situação de saúde.

2- **Conhecimento comprometido**, que segundo a CIPE a descreve como um tipo de conhecimento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas: domínio e reconhecimento da informação. O utente não possui nenhum conhecimento sobre a Depressão.

Perante esta situação clínica, o médico responsável decidiu fazer um ajuste da terapêutica, para que o utente conseguisse melhorar a sua situação de saúde.

Neste contexto, e de forma a dar resposta ao plano terapêutico instituído realizamos entrevistas de ajuda, nesta etapa procuramos essencialmente em conjunto com o utente delinear estratégias que lhe permitissem dar resposta às suas necessidades/dificuldades. No que diz respeito ao falecimento da esposa, foi iniciado um processo de escuta ativa, diálogo terapêutico, onde sempre que possível eram feitos elogios e reforços positivos.

Reforçámos a importância, de planear algumas atividades/passeios de forma a poder passar mais tempo com o seu filho. Tendo em conta que o utente passava muito tempo em casa, foi-lhe sugerido frequentar uma instituição onde pudesse realizar atividades que lhe dessem prazer e o fizessem sentir útil, contribuindo deste modo para que pudesse ter uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Ficou muito agradado e interessado em frequentar a instituição.

Assim, foi necessário a ajuda da técnica de serviço social do serviço de internamento que ajudou neste processo.

Assim que foram reunidas as condições clínicas, iniciámos o programa de intervenção terapêutica a que nos propusemos realizar, procuramos através da psicoeducação ajudar o utente a adquirir capacidade para conhecer o mecanismo da sua doença, identificar os sinais e sintomas de alerta, identificar medidas a tomar para prevenir recaídas, perceber importância do tratamento instituído.

Posteriormente e de acordo com a disponibilidade do utente foram agendadas em as intervenções psicoeducativas. Como foi apresentado no programa realizaram-se 3 sessões, e foi entregue ao utente o “Diário” para manuseamento e preenchimento do mesmo ao longo de um mês.

No final do internamento, consideramos que o trabalho realizado permitiu que o utente conseguisse aumentar os conhecimentos sobre a depressão. Foi disponibilizado o contacto do serviço de internamento, e sempre que sentir alguma dificuldade para não hesitar em nos contactar, situação que foi do seu agrado. Foi reforçada a ideia que o preenchimento do “Diário” é fundamental para verificar o seu estado de saúde. Mostrou-se empenhado e dedicado a alterar a forma de pensar em relação à sua vida, em prol de ajudar o seu filho. Importa relembrar que o mesmo teve alta clínica para o domicílio.

No que diz respeito as intervenções identificadas, no final do internamento apresentavam-se da seguinte forma:

1 – Adaptação melhorada – o utente consegue identificar quais as estratégias a utilizar, centradas tanto a nível dos seus problemas como ao nível das suas emoções, que certamente o vão ajudar a dar resposta às suas necessidades.

2 - Conhecimento melhorado – Através das sessões de psicoeducação fornecidas o utente possui um melhor conhecimento sobre a sua doença.

Após um 1º mês de alta hospitalar, realizámos o *follow-up*, o objetivo era perceber como se encontrava a situação de saúde do utente. Este foi realizado telefonicamente com uma duração aproximada de 15 minutos. Aquando do contacto telefónico mostrou-se muito recetivo e emocionado com a preocupação dos Enfermeiros em saber como ele estava a viver a sua situação de saúde.

De acordo com o que foi preconizado na nossa intervenção de psicoeducação, foram novamente aplicadas a escalas, conforme as suas respostas a escala de Hamilton apresentou um score de 5 e a escala de Young um score de 4, isto significa que ainda apresentava um humor

eutímico. Também através dos registos efetuados no “diário”, verificamos que não houve grandes oscilações do humor. Verificou-se ainda que até a presente data não foi necessário recorrer à medicação em SOS. O seu período de sono variava entre as 7 e as 8 horas dormidas, e manteve o seu peso corporal.

Assim, a nossa intervenção psicoeducativa possibilitou ao utente a aquisição de um maior conhecimento sobre a sua doença, fator que contribui-o para um melhoramento e manutenção do seu estado de saúde.

Estudo de caso número 2

Entrevista de avaliação diagnóstica: Utente tem 57anos de idade, sexo masculino, desempregado, vive com a esposa e dois filhos. Deu entrada no serviço proveniente das consultas externas, foi internado com o diagnóstico de Depressão. A entrevista foi realizada no DPSM, foi realizada num ambiente calmo, confortável, e garantindo ao máximo a privacidade ao utente.

Depois da apresentação efetuada, foram colocadas questões abertas, nomeadamente: **o que sente neste preciso momento, o que o preocupa.** O utente refere que se sente um inútil “*já nem consigo ajudar quem eu mais amo*”. Referiu que desde que perdeu o emprego, não consegue ajudar a sua família, desde essa altura que tem vindo a perder peso semanalmente, e que já nem lhe dá vontade de fazer as coisas mais simples, dando o exemplo de desfazer a barba. Refere ainda que aquilo que o mais preocupa neste momento é a sua mulher e o bem-estar dos seus filhos. Quando questionado se sabia o que era a Depressão, o utente refere que sim e inclusivamente consegue identificar alguns sintomas, no entanto, quando lhe foi colocada uma outra questão no sentido de perceber se ela sabia o que fazer numa situação de crise, este afirmou que não sabia.

De acordo a perspetiva do enfermeiro o utente era seguido em regime de consulta externa sempre por quadro depressivo, no entanto, não existem registos de internamentos Psiquiátricos.

Relativamente a apresentação e postura, tinha um aspeto descuidado, roupas escuras, a sua idade não correspondia a sua idade real, demonstrando uma postura fletida, retraída, com a cabeça baixa entre os ombros e o peito encolhido. O seu olhar era triste, e dirigido para o chão, os braços e as mãos gesticulavam em harmonia as palavras que dizia, a sua marcha era lenta. O tom da voz era baixo, com um discurso organizado e uma linguagem cuidada, sem perturbações do discurso verbal.

O contacto que se estabeleceu foi fácil e afável, a expressão mímica e motora coerente com as vivências que apresenta.

Apresentava-se calmo, orientado alo e auto psiquicamente, colaborante, pareceu-nos ter consciência de si, bem como consciência da identidade e unidade do eu, e aparentemente sem alterações da consciência do corpo.

Relativamente aos impulsos demonstra perda de interesses e de prazer, mas refere vontade de estar com a sua família, apresento um humor triste e deprimido aquando da realização da entrevista.

No que concerne aos afetos, o utente demonstrava carinho e respeito pela esposa e carinho e amor pelos filhos. Quanto às emoções, demonstrava labilidade emocional com ligeira ansiedade. Apresentava pausas no seu pensamento, mas era coerente e memória está conservada, discurso espontâneo, normoléxico, organizado. Adota um discurso tendencialmente negativista. Existe algum apoio afetivo por parte da família, principalmente da esposa e do filho mais velho. O apoio é satisfatório, mas não suprime as suas necessidades de conforto e confiança para falar de si.

Assim sendo, o trabalho desenvolvido com este utente e de acordo com a nossa proposta de intervenção psicoeducativa foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1 - **Adaptação comprometida**, que segundo a CIPE a descreve como inexistência de disposição para gerir novo desafio/situação, incapacidade de modificar o estilo de vida ou o comportamento de forma consistente, expressão de incapacidade para se adaptar/gerir novo desafio, inexistência de disposição de adaptação a novo desafio ou situação. Após a perda de emprego o utente não conseguia gerir a sua situação que acabou por ser internado no serviço de psiquiatria.

2- **Conhecimento comprometido**, que segundo a CIPE a descreve como um tipo de conhecimento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas: domínio e reconhecimento da informação. O utente refere que sabe o que é a Depressão, afirma ainda que consegue identificar alguns sintomas, no entanto, afirma que não sabe o que fazer perante uma situação de crise.

Perante a situação clinica mencionada, o Psiquiatra responsável pelo utente decidiu fazer um ajuste da terapêutica.

Assim antes de realizar a nossa intervenção psicoeducativa, procuramos em conjunto com o utente delinear estratégias que lhe permitissem dar resposta às suas necessidades/dificuldades.

Pretendia-mos essencialmente valorizar todas as capacidades do utente, inicialmente através de reforços positivos para aumentar a sua auto-estima. Apesar de estar inscrito no centro de emprego, foi dada a informação de vários *sites* de oferta de emprego, podendo assim tentar fazer uma escolha assertiva que vá ao encontro das suas necessidades, o que foi do seu agrado.

Posteriormente iniciamos o nosso programa de intervenção psicoeducativa no sentido de ajudar o utente a adquirir capacidade para conhecer o mecanismo da sua doença, identificar os sinais e sintomas de alerta, identificar medidas a tomar para prevenir recaídas, perceber importância do tratamento instituído.

Assim, de acordo com a disponibilidade do utente foram agendadas em as intervenções psicoeducativas. Como foi apresentado no programa realizaram-se 3 sessões, e foi entregue ao utente o “Diário” para manuseamento e preenchimento do mesmo ao longo de um mês.

No final do internamento, consideramos que a nossa intervenção foi fundamental para o utente, ou seja, com a aquisição de novos conhecimentos permitiu que o mesmo conseguisse identificar quais as estratégias, para restabelecer de novo a sua saúde mental. Tal com no primeiro caso, também neste foi disponibilizado o contacto do serviço de internamento, e sempre que surgir alguma dificuldade para não hesitar em nos contactar. Foi reforçada a ideia que o preenchimento do “Diário” é fundamental para verificar o seu estado de humor. Mostrou-se empenhado e dedicado a alterar a forma de pensar em relação à sua vida, em prol da sua vida familiar. Teve alta do serviço para o domicílio, e foi empenhado em conseguir gerir a sua situação de saúde.

No que diz respeito as intervenções identificadas, no final do internamento apresentavam-se da seguinte forma:

1 – Adaptação melhorada – o utente consegue identificar quais as estratégias a utilizar, centradas tanto a nível dos seus problemas como ao nível das suas emoções, que certamente o vão ajudar a dar resposta às suas necessidades.

2 - Conhecimento melhorado – Através das sessões de psicoedução fornecidas o utente possui um melhor conhecimento sobre a sua doença.

Após um 1º mês de alta hospitalar, realizámos o *follow-up*, que teve como objetivo perceber como se encontrava a situação de saúde do utente. Este contato foi realizado via telefónica com a durabilidade de aproximadamente 15 mim, no sentido de perceber como estava a sua situação de saúde do utente. Este mostrou-se recetivo com o contacto realizado, e agradeceu pelo facto de os Enfermeiros se preocuparem com a sua situação.

De acordo com o que foi estabelecido na nossa intervenção de psicoeducação, foram novamente aplicadas a escalas, conforme as respostas do utente a escala de Hamilton apresentou um score de 22 e a escala de Young um score de 3, isto significa que apresentava um humor deprimido. Ao fazermos a análise dos registos efetuados no “diário”, verificamos que principalmente na última semana o utente apresentava um humor deprimido, dormia apenas entre 3 a 4 horas por noite, e que houve necessidade de tomar medicação SOS, que segundo ele não lhe fez efeito, referiu ainda que se encontrava triste, com tendência a evitar o diálogo com a família, tinha perdido peso, admitindo que algo de errado se passava com ele.

No dia seguinte ao contacto telefónico, conseguimos que antecipar a consulta de psiquiatria para o dia seguinte ao contacto telefónico. Foi observado pelo Psiquiatra, e foi realizado novo ajuste de terapêutica, e concomitantemente consultas de enfermagem, para ajudar a melhorar a situação clínica.

Assim, através da psicoeducação e neste caso dos registos efetuados no “diário” conseguimos intervir de forma a evitar uma possível recaída do utente.

Estudo de caso número 3

Entrevista de avaliação diagnóstica: a utente tem 61anos de idade, sexo feminino, reformada, vive apenas com o marido. Deu entrada no serviço de psiquiatria proveniente do serviço de urgência, e tem como diagnóstico Depressão. Referiu que já esteve internada no serviço de psiquiatria, e que era seguida em regime de consulta externa por depressão. A entrevista foi efetuada no DPSM, tendo em conta diversos fatores, nomeadamente um ambiente calmo, cómodo e garantindo sempre a privacidade do utente.

Depois da apresentação efetuada, foram colocadas questões abertas, nomeadamente: **o que sente neste preciso momento, o que o preocupa.** A refere que não está utente, e que gastou mais dinheiro do que o normal, que tem mais vontade de sair de casa. Afirmando que não sabe o porque deste novo internamento. Referiu que neste momento a única coisa que a preocupa e pagar as dívidas que contraiu nestes últimos meses. Foi também agressiva para a minha mãe e espero que ela me possa perdoar. Quando questionada sobre o que sabe sobre a Depressão, esta afirma que já esteve internada anteriormente, e que a segundo a utente “*Depressão é quando as pessoas se sentem tristes o que não é o meu caso*”, no entanto não reconhece a sintomatologia, nem sabe o que fazer numa situação de crise.

De acordo a perspectiva do enfermeiro a utente já esteve internada no serviço de Psiquiatria por 2 vezes, todas elas por quadros depressivos.

Relativamente a apresentação e postura, apresentava um aspeto cuidado, roupa e cabelos limpos, adotou sempre uma postura rígida, com a cabeça sempre na vertical, e olhar ao dirigido a nossa voz. A sua idade aparente estava de acordo com a sua idade real.

O contacto que se estabeleceu foi fácil, expressão mímica e motora coerente com as vivências que apresenta. O tom da voz era normal, com um com uma linguagem cuidada, muito comunicativa.

Apresentava-se calma, orientada alo e auto psiquicamente, colaborante, pareceu-nos ter consciência de si, bem como consciência da identidade e unidade do eu, e aparentemente sem alterações da consciência do corpo.

No que diz respeito aos impulsos e vontade demonstra interesses pela vida, e gosta de participar em várias atividades, está consciente que tem comportamento desinibido. Aquando da entrevista apresentou um humor eufórico durante a entrevista.

No que concerne aos afetos, a utente sente-se segura e demonstrava carinho pelo marido. Parece ter um forte interação social, refere que vai as compras com as amigas. Quanto às emoções, demonstrava estabilidade emocional, segura de si mesmo, nega estar ansiosa. O seu pensamento era fluido e coerente, com discurso espontâneo, normoléxico, organizado. Adota um discurso otimista, e refere que gostava de ter alta do serviço o mais depressa possível.

Assim sendo, o trabalho desenvolvido com esta utente e de acordo com a nossa proposta de intervenção psicoeducativa foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1 - Adaptação comprometida, que segundo a CIPE a descreve como inexistência de disposição para gerir novo desafio/situação, incapacidade de modificar o estilo de vida ou o comportamento de forma consistente, expressão de incapacidade para se adaptar/gerir novo desafio, inexistência de disposição de adaptação a novo desafio ou situação. Perante a elevação de humor a utente, não conseguiu gerir a sua situação de saúde.

2- Conhecimento comprometido, que segundo a CIPE a descreve como um tipo de conhecimento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas: domínio e reconhecimento da informação. A utente refere que a *“Depressão é quando as pessoas se sentem tristes o que não é o meu caso”*, deve-se clarificar o conceito de Depressão, e proporcionar à utente um aumento do conhecimento sobre a doença.

Assim, de acordo com o programa de intervenção terapêutica a que nos propusemos realizar procuramos através da psicoeducação ajudar a utente a adquirir capacidade para conhecer o mecanismo da sua doença, aprofundar os conhecimentos dos sinais e sintomas de alerta, identificar medidas a tomar para prevenir recaídas.

Foram realizadas as 3 sessões programadas de psicoeducação, e entregue o respetivo “Diário” para manuseamento e preenchimento do mesmo ao longo de um mês para se verificar se existiu alterações de humor neste período.

No final do internamento, consideramos que o trabalho realizado com a utente permitiu que o mesmo conseguisse identificar quais as estratégias, com o intuito de dar resposta para melhorar o seu estado de saúde. Foi disponibilizado o contacto do serviço de internamento, e sempre que sentir alguma dificuldade para não hesitar em nos contactar. Foi reforçada a ideia que o preenchimento do “Diário” é fundamental para verificar a sua situação de saúde.

Mostrou-se motivada e empenhada a alterar a forma de pensar em relação à sua vida, referindo que não quer voltar a estar internada. Teve alta do serviço para o domicílio.

No que diz respeito as intervenções identificadas, no final do internamento apresentavam-se da seguinte forma:

1 – Adaptação melhorada – a utente consegue identificar quais as estratégias a utilizar, centradas tanto a nível dos seus problemas como ao nível das suas emoções, que certamente o vão ajudar a dar resposta às suas necessidades. Após o tratamento preconizado a utente, conseguia gerir a sua situação de saúde.

2 - Conhecimento melhorado – Através das sessões de psicoeducação fornecidas o utente possui um melhor conhecimento sobre a sua doença, e consegue identificar sinais e sintomas bem como o que fazer numa situação de eventual crise.

Após um 1º mês de alta hospitalar, realizámos o *follow-up*, o objetivo era perceber como se encontrava a situação de saúde do utente. Este contato foi realizado pessoalmente uma vez que a sua localização geográfica permitiu este reencontro. A utente aquando da presença física do Enfermeiro, mostrou-se admirada e entusiasmo pelo facto de a sua situação carecer de especial atenção.

De acordo com o que foi preconizado na nossa intervenção de psicoeducação, foram novamente aplicadas a escalas, conforme as respostas da utente a escala de Hamilton apresentou um score de 3 e a escala de Young um score de 5, isto significa que apresentava um humor eutímico. Também através dos registos efetuados no “diário”, verificamos que não houve grandes oscilações do humor, foi possível ainda verificar que apresentava um período de sono

que variava entre as 6 e as 8 horas dormidas, que nunca apresentou nenhum período de ansiedade ou irritabilidade, e manteve o seu peso corporal. Referiu que já se sentia melhor, conseguia controlar a necessidade de gastar dinheiro, e que já não apresentava períodos de agressividade.

A psicoeducação permitiu à utente adquirir um maior conhecimento sobre a Depressão, e assim desta forma conseguiu melhorar e manter o seu estado de saúde.

7 – REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS

Este trabalho representa mais uma página que foi escrita sobre nosso percurso formativo e que é de enorme relevância tanto a nível profissional como pessoal, sendo ainda a síntese da preparação para uma longa caminhada como Enfermeiro, mais recentemente Enfermeiro Especialista e Mestre em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Durante a realização do presente trabalho, foi fundamental fazer uma reflexão sobre a nossa intervenção. Consideramos importante fazer uma análise crítica das dificuldades e obstáculos sentidos, bem como expressar e refletir sobre as competências adquiridas e o enriquecimento pessoal obtido com a realização desta intervenção profissional. No entender de Lopes (2000), nenhum enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados se não os prestar e se não refletir criticamente sobre o que faz.

De acordo com o nosso parecer sobre a intervenção terapêutica, consideramos que apesar de sessões de psicoeducação serem promotoras de aprendizagem, ao serem realizadas em apenas três sessões devido a curta duração do internamento é difícil para os utentes a interiorização de muita informação. Assim, constatamos que em futuras sessões de psicoeducação, o planeamento das intervenções deverá ser entre 6 a 8 para que os utentes de forma gradual adquiram os conhecimentos preconizados no início.

A literatura diz-nos que a psicoeducação pode-se realizar em grupo ou individualmente, optámos por realizar individualmente e personalizadas de acordo com as necessidades de cada um, tendo sempre em conta a temática das respetivas sessões.

Assim, foi possível estabelecer uma forte relação terapêutica que foi decisiva para reforçar autoestima e identidade do utente, tornando-o elemento chave de todo o seu processo de recuperação. Tal facto, contribuiu para uma maior responsabilização e empenho por parte do utente em colaborar na nossa intervenção, bem como em adquirir conhecimentos e competências que lhe permitissem estabilizar o humor, evitando recaídas.

Relativamente ao recrutamento da população alvo, podemos afirmar que não foi fácil este processo, uma vez que apesar de ao longo do ensino clínico estarem internados vários utentes com o diagnóstico de depressão nem todos reuniam as condições necessária, e alguns recusaram mesmo a nossa intervenção.

No entanto, para aqueles que aceitaram o desafio do nosso programa de intervenção, foi possível constatar que marcamos a diferença no seu processo de recuperação e manutenção da sua saúde mental. Como refere Afonso (2010), os doentes que frequentam estes programas adquirem um melhor autoconhecimento face à doença e aos seus sintomas.

A psicoeducação realizada teve como finalidade de educar o utente partindo de uma perspectiva psicossocial mostrando consequências benéficas nomeadamente: maior informação sobre a depressão, um maior conhecimento do seu mecanismo, dos sinais e sintomas característicos da doença e das situações causadoras das crises.

O trabalho que desenvolvemos com os utentes ao longo do programa de psicoeducação, faz-nos acreditar na sua capacidade de mudança e evolução positiva nos seus processos de saúde mental, assim através das sessões de psicoeducação fornecidas os utentes possuem um melhor conhecimento sobre a sua doença, consegue identificar sinais e sintomas e o que deve fazer perante uma situação de crise. Foi ainda possível verificar que durante a nossa intervenção, não existiram reinternamentos dos respetivos utentes.

A psicoeducação caracteriza-se por informar, principalmente ao utente, dados sobre o diagnóstico. Estas informações abrangem a etiologia, o percurso da doença, ensinar o utente e a família a identificarem os sinais precoces de uma crise, necessidade de aderir ao tratamento (seja medicamentoso e/ou psicossocial), necessidade de promover hábitos saudáveis e regularidade no estilo de vida (sono, alimentação, atividade física, uso de substâncias), acrescentando ainda como lidar com a estigmatização, as dúvidas, medos e mitos de depressão (Colom, Vieta, 2004).

A família também ganha muito ao conhecer os sintomas e indícios de uma crise. Com o passar do tempo torna-se possível a troca de informações mais efetiva em que a equipa profissional, a família e o portador de doença mental relacionem conhecimentos e vivências com a finalidade de adquirir artifícios para prevenir muitas situações indesejadas. A psicoeducação mostra impactos positivos na relação da família com a doença mental por buscar fornecer fatores que possam contribuir para melhorar a convivência entre o portador e as pessoas que venham a estabelecer alguma relação ou vínculo com ele.

Dos 3 utentes com quem trabalhámos a única família que não foi envolvida por diversas razões no processo de recuperação do utente, foi a família do estudo de caso numero 1. No estudo de caso numero 2 e numero 3 as famílias mostraram-se sempre muito empenhadas em perceber a melhor forma de ajudar os utentes e como deveriam fazê-lo, sendo talvez este um dos fatores que tenha contribuído para o sucesso da sua recuperação.

Ensinando o utente e a família sobre a doença e suas consequências, contribui-se para uma melhor possibilidade de tratamento e diminuição de sintomas, bem como prevenção de recaídas, o que conseqüentemente acarreta em melhor qualidade de vida pelo aumento da auto-estima e do bem-estar, pela diminuição do sofrimento relacionado à doença, da redução do estigma e da culpa, e pelas mudanças no estilo de vida que induzam ao *stress* (Stefanelli, Moreno, 2008).

A psicoeducação favorece a inclusão social, proporciona conhecimentos científicos sobre as situações de saúde e dos tratamentos efetuados, e contribui para momentos de maior introspeção ao abarcar também a complexidade e a subjetividade de ter que se conviver com o que é socialmente considerado uma doença mental. O autoconhecimento permite autonomia e responsabilidade na tomada de decisões e dá a noção da liberdade de escolher o próprio caminho já que traz à consciência os seus próprios limites e potencialidades. Neste sentido, a psicoeducação traça um caminho que vai do conhecimento ao autoconhecimento tendo em vista a reabilitação psicossocial e uma maior qualidade de vida do utente.

A utilização do “Diário” na nossa intervenção mostrou-se uma ferramenta muito útil para verificar como se encontra a sua situação de saúde dos utentes, principalmente como oscilou o humor, durante o período previamente estabelecido por nós, assim através dos registos efetuados foi possível um acompanhamento após a alta muito eficiente.

Todos os utentes que estiverem envolvidos na nossa intervenção terapêutica, afirmaram que a utilização do “Diário”, foi muito importante porque não só pelo registos efetuados mas também pela informação que se encontrava disponível no mesmo, o que permitia dissipar eventuais dúvidas.

O trabalho desenvolvido foi extremamente benéfico para os utentes, pois permitiu evitar recaídas, e ajudou a manter a sua saúde mental. Ao estabelecer um contacto próximo, permitiu que as nossas ações fizessem a diferença, ou seja, contribuímos para uma maior perceção de todos as situações que devem estar mias despertos.

Concluimos, que a nossa intervenção com os utentes permitiu-lhes adquirir conhecimentos sobre a sua patologia, entender a importância da adesão terapêutica, compreender a importância de manter o humor eutímico contribuindo assim para o seu bem-estar.

Neste sentido, apesar desta intervenção profissional ter sido realizada apenas a três utentes, consideramos que os resultados do trabalho desenvolvido podem ter implicações positivas na assistência ao doente depressivo com alterações de humor, no contexto de um serviço de internamento de agudos.

O desenvolvimento do mesmo exigiu-nos a capacidade e um raciocínio clínico de acordo com as necessidades de cada utente, formulando plano de cuidados que conseguisse responder aos problemas verificados.

Deste modo, a nossa forma de intervir proporcionou-nos uma elevada responsabilidade na prestação de cuidados, permitindo desenvolver competências na área da saúde mental e psiquiatria que passamos a citar:

- ✓ Possuir um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, através da reflexão sobre a situação que os utentes expuseram.
- ✓ Assistir a pessoa na otimização da sua saúde mental, através da execução de uma avaliação abrangente das suas necessidades em cuidados de saúde mental e seguidamente da formulação dos diagnósticos a trabalhar com os utentes, tendo como fim a monitorização dos resultados obtidos de modo a determinar a efetividade do plano de cuidados instituído, bem como os ganhos adquiridos em saúde mental;
- ✓ Prestar cuidados no âmbito psicoeducacional, visando a educação e promoção para a saúde, de forma a que os utentes adquiram conhecimentos e habilidades, através do desenvolvimento de um programa psicoeducativo e treino de habilidades, que promovam o conhecimento, e a compreensão dos problemas relacionados com a sua saúde mental.

Consideramos que a nossa intervenção foi importante para os utentes que decidiram aceitar o nosso desafio, pela dedicação das partes envolvidas, pela disponibilizada de ouvir os seus problemas, e por sentirem que estávamos preocupados na sua recuperação.

8 -CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após realizar o presente trabalho espero ter conseguido desenvolver e adquirir determinadas competências, fundamentais para melhorar a prestação de cuidados na área da Saúde Mental e Psiquiatria. De acordo com a OE (2007) “ *O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas*” (p. 4)

Os Enfermeiros Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, atuam de forma autónoma ou interdependente quando cuidam deste tipo de utentes, levantando diagnósticos de enfermagem e intervindo em cada situação.

Ao efetuar o estágio em contexto de internamento, permitiu-me identificar os benefícios de integrar uma equipa de Enfermagem num serviço especializado na prestação de cuidados ao doente mental.

Grande é o desafio a todos os Enfermeiros Especialistas recém-formados, que é o clarificar o âmbito da sua atuação no cerne da equipa multidisciplinar. Um longo e tortuoso caminho deve ser percorrido, sem dúvida com muitos obstáculos para serem debelados, demonstrando uma postura proactiva, alicerçada em conhecimentos científicos e em posturas dignas desta nobre profissão.

Concordando com Carvalho (2003) “... *a formação em enfermagem deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica, dando aos estudantes capacidades de resolver problemas de vida atual e os seus desafios*”.(p.3)

O objetivo principal continua a ser fomentar o crescimento profissional com a vivência de novas experiências, o conhecimento de novas realidades, a abertura de novos horizontes, a compreensão de diferentes abordagens, o incremento do autoconhecimento e a aquisição de novas competências.

Este percurso foi importante, foi enriquecedor tanto a nível pessoal e profissional, proporcionando a aquisição e o desenvolvimento de competências ao nível da intervenção especializada à pessoa, contribuindo de forma integrada para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que implicou ganhos em saúde para a pessoa.

9 - BIBLIOGRAFIA

- ✓ ADEB (2001) - Compreender a depressão e o seu impacto nas relações, consultado em 12 de Janeiro de 2016 através da fonte: www.adeb.pt/sobre_adeb/publicacoes/guias/texto/familia.htm
- ✓ Abreu, P. (2006) – Introdução à Psicopatologia Compreensiva (4ª ed.) Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- ✓ Afonso, P. (2004) - Será depressão ou simplesmente tristeza? Publicações Universitárias e Científicas, Cascais, 1.ª Edição.
- ✓ Alarcão, I (2001) - Formação reflexiva. Revista Referência. Volume 6, pp. 53-59
- ✓ Alves, M. (2004) -Etapas da metodologia de projeto. Revista o Professor, nº 85, p.30-37.
- ✓ Amaral, A. (2010) - Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental: mediante a CIPE. Loures: Lusociência
- ✓ American psychiatric association. DSM –V–TR–Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (2013) 5ª ed., José Almeida, trad. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ Australian College of Mental Health Nurses Inc (2010). –Standards of Practice for Australian Mental Health Nurses:2010. Canberra : ACMHN. [Consult. 8 Agosto. 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.acmhn.org/images/stories/About-Us/standards_2010_web.pdf>. ISBN 9781921429954.
- ✓ Bahls, C. (2002). Aspetos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria, 78(5), 359-366.doi: 10.1590/S0021-75572002000500004
- ✓ Balzer, R. (2004).Comunicação em enfermagem. Lusociência, 4ª edição.
- ✓ Barros, A. (2008) – Estudo da prevalência de perturbações depressivas nos doentes da consulta externa do H.A.N. – Consultado em 1 de Fevereiro de 2016, através da fonte WWW: URL:<http://hdl.handle.net/123456789/271>

- ✓ Basco, M; Rush, A. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. New York: The Guilford Press-2ndEdition.
- ✓ Bauer, M; Biswas, K; Kilbourne, A (2009). Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care. *Am J Psychiatry*;166(11):1244-50.
- ✓ Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- ✓ Bertone, T; Ribeiro, A; Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*,3,1 -5. Acedido na data de 2 de Março, 2016, http://mail.fafibe.br//revistaonline/arquivos/tassia_considerações_relacionamento_interpessoal.pdf
- ✓ Bonney, S.; Stickley, T (2008). Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. [Consult. 10 Agosto. 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18211561>. eISSN 1365-2850.
- ✓ Caballo, V. (2002) *Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. Santos: Editora Santos.
- ✓ Calvo, F. (2011). El Ambiente Terapêutico en los cuidados de enfermería en salud mental, Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, *Revista del Colegio de Enfermería de Salamanca, Espanha*. <http://rehabilitacionsaludmental.blogia.com/2011/013103-el-ambiente-terape-tico-en-los-cuidados-de-enfermer-a-en-salud-mental.php>.
- ✓ Caminha, R., *et al.* (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ✓ Carvalhal, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos atores*. Loures: Lusociência.
- ✓ Chalifour, J. (2009). *A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume I*. Loures: Lusodidacta.

- ✓ Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (2003) 2ª Edição.
- ✓ Collière, M. (1989). Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- ✓ Colom F, Vieta E, et al. (2004). What is the role of psychotherapy in treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatic*.
- ✓ Colom, F; Vieta, E (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- ✓ Colom, F; Vieta, E; *et al.* (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial". *The British Journal of Psychiatr*, v.194,n.3,p.260-265.
- ✓ Connolly, K; Thase, M (2011). The clinical management of bipolar disorder: a review of evidence-based guidelines. *Prim Care Companion CNS Disord*.
- ✓ Dalgalarrodo, P. (2000). - *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*, Artmed, Porto Alegre.
- ✓ Delitti, A. (2008). *Terapia Analítico Comportamental em Grupo*. In Delitti, A. M. C. (Org.); Derdyk, P. R. (Org.) . *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. 1. ed. Santo André: ESETec Editores Associados.
- ✓ Degotardi, P. *et al.* (2006). Development and evaluation of a cognitive-behavioral intervention for juvenile fibromyalgia. *J Pediatr Psychol.*, v.31, p.714–723.
- ✓ Direção Geral da Saúde. (2015). *Portugal Saúde Mental em Números*. Lisboa, Portugal.
- ✓ Durna, Z, Ozcan, S (2003). Evaluation of self-management education for asthmatic patients. *J Asthma*, v.40,n. 6, p.631-43, 2003.
- ✓ Ferrito, C. *et al.* (2010). – *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. In *Revista Percursos* nº 15.

- ✓ Gale, J.; Marshall-Lecette, S (2012). – Community mental health nurses’ perspectives of recovery-oriented practice. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*. [Consult. 10 agosto. 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22070737>. eISSN 1365-2850.

- ✓ Gonçalves, A., Coelho, R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada e cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 65-75.

- ✓ Gonçalves, B. e Fagulha, T. (2004). – Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar – *Revista portuguesa clínica geral*.

- ✓ Gorenstein, C. (2011). R. Escalas de avaliação de depressão. 1edição. São Paulo: Casa Leitura Médica.

- ✓ Guerreiro, D. (2009). Depressão e Suicídio. In M. Frasquilho, & D. Guerreiro (Eds.), *Stress, Depressão e Suicídio: Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar* (pp. 115-144). Lisboa: Coisas de Ler Edições.

- ✓ Gusmão, R.. *et al.* (2005) - O peso das perturbações depressivas: aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa. Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa*. Lisboa.

- ✓ Huxley, N.; A, Parikh.; Baldessarini, J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(3), 126-40.

- ✓ Jarden, M. *et al.* (2009). The effect of a multimodal intervention on treatment-related symptoms in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*, v.38, n. 2, p.174-90.

- ✓ Justo, L; Calil, H. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*.

- ✓ Kaplan, H, Sadock B., Grebb J. (2007) - *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. trad. Dayse Batista. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- ✓ Linden, W. (2000) Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes. *J Psychosom Res.*, v.48, n.4-5, p. 443-54.
- ✓ Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- ✓ Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau –Formação e saúde, Lda.
- ✓ Madigan, K. *et al.* (2011). A randomised controlled trial of care focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *Eur Psychiatr.*
- ✓ Matos, E; Pires, D e Campos, G. (2009). *Relações de Trabalho em Equipas Interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde*, Brasília, *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 62, nº 6.
- ✓ McGillion, M. *et al.* (2008) A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *J Pain Symptom Manage*, v.36, p.126–140.
- ✓ Manchilha, G. *et al.* (2011) A importância do ambiente terapêutico no cuidado ao adolescente, http://www.expansaoeventos.com.br/trabalhos_simpie/trabalho%20036.pdf
- ✓ Miklowitz, D. *et al.* (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. sep;60(9):904-12.
- ✓ Mitchell, B.*et al.* (2001) - The Clinical Features of Bipolar depression: a Comparison with Matched Major Depressive Disorder Patients. *J Clin Psychiatry* (tratamento da depressão bipolar)
- ✓ Moreno, A.; Moreno, H. (2000) Escalas de depressão de Montgomery & Asberg e Hamilton (HAM-D). *Revista Psiquiatria Clínica*. 1998

- ✓ Olmsted, M. *et al* (2002). The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *Int J Eat Disord*, v.32, p.230–9, 2002.

- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Documentos legislativos e regulamentos da OE*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

- ✓ Paula. R. (2009). *Relação multiprofissional do Trabalho em Equipa na Atenção Básica de Saúde*, Minas Gerais, Universidade federal.

- ✓ Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures (PT): Lusociência.

- ✓ Portal da saúde – Depressão – Enciclopédia da Saúde. [Em linha]. 2015. [Consult. em 21 de Fevereiro de 2016] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>

- ✓ Rogers, C. (2009). Tornar-se pessoa. Lisboa: Padrões Culturais Editora. ISBN 978-989-8160-46-1.
- ✓ Sajatovic, M. *et al.* (2009). A comparison of the life goals program and treatment as usual for individuals with bipolar disorder. *Psychiatr serv.*;60 (9):1182-9, 2009.
- ✓ Saraiva, E; Fortunato; J. Gavina C. (2005) - Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Porto: Sociedade Portuguesa de Psicossomática, Janeiro-Dezembro, ano/vol.7, nº 1.
- ✓ Scott. J (2003). Group psychoeducation reduces recurrence and hospital admission in people with bipolar disorder. *Evid Based Ment Health*;6(4):115.
- ✓ Silva, M. (2001). Quem Ama Não adocece. O Papel das Emoções na Prevenção e Cura das Doenças. Editora Best Seller.
- ✓ Shansis, M; Cordioli, A. (2005) – Psicofármacos: consulta rápida. *Artmed*, Porto Alegre
- ✓ Song M, Kim H. (2007). Effect of the diabetes outpatient intensive management programme on glycaemic control for type 2 diabetic patients. *J Clin Nurs*, v.16,p. 1367–73.
- ✓ Stefanelli M; Moreno R. (2008) Intervenção psicoeducacional: orientação e educação em saúde mental. In: Stefanelli MC; Fukuda IMK; Arantes (orgs.). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. São Paulo.
- ✓ Stuart, G; Laraia, M (2001). – *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN 85-7307-713-1.
- ✓ Trzepacz, P; Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa Climepsi.
- ✓ Tudor, L. (2013). Formal–Non-formal – Informal in Education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 76, 821– 826. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.213
- ✓ Vilela, A; Loureiro, R. (2000) Escala de Avaliação de Mania de Young: estudos das qualidades psicométricas. *Revista Psiquiatria Clinica*.

- ✓ Zaretsky, A; Lancee, W; Miller, C; Harris, A; Parikh, S (2008). Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry.*;53(7):441-8.

Anexos

Anexo I – Escala de Young

YOUNG

Item – Definição	Graus
<p>01. Humor e Afeto Elevados</p> <p><i>Este item compreende uma sensação difusa e prolongada, subjetivamente experimentada e relatada pelo indivíduo, caracterizada por sensação de bem-estar, alegria, otimismo, confiança e ânimo. Pode haver um afeto expansivo, ou seja, uma expressão dos sentimentos exagerada ou sem limites, associada a intensa relação com sentimentos de grandeza (euforia). O humor pode ou não ser congruente ao conteúdo do pensamento.</i></p>	<p>0. Ausência de elevação do humor ou afeto</p> <p>1. Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado</p> <p>2. Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, auto-confiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento</p> <p>3. Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso</p> <p>4. Eufórico; risos inadequados, cantando</p> <p>X. Não avaliado</p>
<p>02. Atividade Motora – Energia aumentadas</p> <p><i>Este item compreende a psicomotricidade - e expressão corporal - apresentada pelo paciente, incluindo a sua capacidade em controlá-la, variando desde um grau de normalidade, até um estado de agitação, com atividade motora sem finalidade, não influenciada por estímulos externos. O item compreende ainda o relato subjetivo do paciente, quanto à sensação de energia, ou seja, capacidade de produzir e agir.</i></p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora</p> <p>2. Apresenta-se animado ou com gestos aumentados</p> <p>3. Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)</p> <p>4. Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)</p> <p>X. Não avaliado</p>
<p>03. Interesse Sexual</p> <p><i>Este item compreende idéias e/ou impulsos persistentes relacionados a questões sexuais, incluindo a capacidade do paciente em controlá-los. O interesse sexual pode restringir-se a pensamentos e desejos não concretizados, em geral verbalizados apenas após solicitação, podendo chegar até a um comportamento sexual frenético e desenfreado, sem qualquer controle ou crítica Quanto a riscos e normas morais.</i></p>	<p>0. Normal; sem aumentado</p> <p>1. Discreta ou possivelmente aumentado</p> <p>2. Descreve aumento subjetivo, quando questionado</p> <p>3. Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hipersexualidade</p> <p>4. Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas</p> <p>X. Não avaliado</p>
<p>04. Sono</p> <p><i>Este item inclui a redução ou falta na capacidade de dormir, e/ou a redução ou falta de necessidade de dormir, para sentir-se bem-disposto e ativo.</i></p>	<p>0. Não relata diminuição do sono</p> <p>1. Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual</p> <p>2. Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual</p> <p>3. Relata diminuição da necessidade de sono</p> <p>4. Nega necessidade de sono</p> <p>X. Não avaliado</p>
<p>05. Irritabilidade</p> <p><i>Este item revela a predisposição afetiva para sentimentos/emoções como raiva ou mau-humor, apresentados pelo paciente frente a estímulos externos. Inclui baixo limiar à frustração, com reações de ira exagerada, podendo chegar a um estado constante de comportamento desafiador, querelante e hostil.</i></p>	<p>0. Ausente</p> <p>2. Subjetivamente aumentada</p> <p>4. Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria</p> <p>6. Irritável durante a maior parte da entrevista; rispido e lacônico o tempo todo</p> <p>8. Hostil; não cooperativo; entrevista impossível</p> <p>X. Não avaliado</p>

Item – Definição	Graus
<p>06. Fala (Velocidade e Quantidade)</p> <p><i>Este item compreende a velocidade e quantidade do discurso verbal apresentado pelo paciente. Inclui sua capacidade de percebê-lo e controlá-lo, por exemplo, frente a solicitações para que permaneça em silêncio ou permita que o entrevistador fale.</i></p>	<p>0. Sem aumento</p> <p>2. Percebe-se mais falante do que o seu habitual</p> <p>4. Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborréico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)</p> <p>6. Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)</p> <p>8. Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)</p> <p>X. Não avaliado</p>
<p>07. Linguagem – Distúrbio do Pensamento</p> <p><i>Este item refere-se a alterações da forma do pensamento, avaliado pelas construções verbais emitidas pelo paciente. O pensamento pode estar mais ou menos desorganizado, de acordo com a gravidade das alterações formais do pensamento, descritas a seguir:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Circunstancialidade: fala indireta que demora para atingir o ponto desejado, mas eventualmente vai desde o ponto de origem até o objetivo final, a despeito da superinclusão de detalhes e observações irrelevantes;</i> • <i>Tangencialidade: incapacidade para manter associações do pensamento dirigidas ao objetivo - o paciente nunca chega do ponto inicial ao objetivo final desejado;</i> • <i>Fuga de Idéias: verbalizações rápidas e contínuas, ou jogos de palavras que produzem uma constante mudança de uma idéia para outra; as idéias tendem a estar conectadas e, mesmo em formas menos graves, podem ser difíceis de ser acompanhadas pelo ouvinte;</i> • <i>Ecolalia consonante: repetição automática de palavras ou frases, com entonação e forma que produzem efeito sonoro de rima;</i> • <i>Incoerência: Fala ou pensamento essencialmente incompreensíveis aos outros, porque as palavras ou frases são reunidas sem uma conexão com lógica e significado, podendo chegar a incoerência gramatical e salada de palavras.</i> 	<p>0. Sem alterações</p> <p>1. Circunstancial; pensamentos rápidos</p> <p>2. Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados</p> <p>3. Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante</p> <p>4. Incoerência; comunicação impossível</p> <p>X. Não avaliado</p>
<p>08. Conteúdo</p> <p><i>Este item compreende idéias e crenças apresentadas pelo paciente, variando, de acordo com a intensidade, de idéias novas e/ou incomuns ao paciente, ideação supervalorizada (ou seja, crença falsa, intensamente arraigada, porém susceptível à argumentação racional), a delírios (crenças falsas, baseadas em inferências incorretas sobre a realidade, inconsistentes com a inteligência e antecedentes culturais do paciente, e que não podem ser corrigidas pela argumentação). Conteúdos comumente encontrados no paciente maniaco, incluem:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Idéias místicas: de conteúdo religioso, referindo-se à atuação de entidades sobre o paciente, outras pessoas ou fatos;</i> • <i>Idéias paranóides: crença de estar sendo molestado, enganado ou perseguido;</i> • <i>Idéias de grandeza: concepção exagerada da própria importância, poder ou identidade, incluindo posses materiais, qualidades incomuns e relacionamentos especiais com personalidades famosas ou entidades místicas;</i> • <i>Idéias de referência: crença de que o comportamento dos outros tem relação consigo próprio ou de que eventos, objetos ou outras pessoas possuem um significado particular e incomum para si – p.ex., frequentemente acredita que os outros estão falando de si.</i> 	<p>0. Normal</p> <p>1. Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis</p> <p>2. Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente: hiper-religioso</p> <p>3. Idéias supervalorizadas</p> <p>4. Delírios</p> <p>X. Não avaliado</p>

Anexo II- Escala de Hamilton

HAM-D

Item	Definições
<p>01. Humor Deprimido <i>Este item compreende tanto a comunicação verbal como a não verbal de tristeza, depressão, desânimo, desamparo e desesperança.</i></p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido</p> <p>2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras</p> <p>3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro</p> <p>4. Sentimentos deduzidos de comunicação verbal e não verbal do paciente</p>
<p>02. Sentimentos de Culpa <i>Este item refere-se à sensação de remorso ou culpa devido a atos considerados maus, reais ou imaginários, feitos no passado. Quando extremo, há delírios de culpa, para os quais a pessoa sente merecer castigo drástico (p.ex., prisão perpétua, tortura, morte). Pode ser associado a pensamentos suicidas ou a atribuição de que os problemas de outras pessoas são devidos a seus atos do passado.</i></p>	<p>0. Ausentes</p> <p>1. Auto-recriminação: sente que decepcionou os outros</p> <p>2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações</p> <p>3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa</p> <p>4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras</p>
<p>03. Suicídio <i>Este item refere-se aos vários graus de desejo do paciente em morrer, incluindo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ideação suicida: pensamentos, idéias ou ruminções sobre a possibilidade de auto-inflingir a morte, que em seu estágio mais adiantado inclui planos sobre métodos para se matar;</i> • <i>Ameaça e Gestos Suicidas: em geral com baixo risco à vida, caracteriza-se por comportamento em que o paciente proposital e explicitamente ameaça se causar lesão física ou expor-se a situações de risco de vida;</i> • <i>Tentativa suicida: comportamento proposital, com objetivo claro de auto-extermínio, em que há um ato efetivo de causar lesão física a si próprio ou expor-se a situações que trazem risco a sua vida.</i> 	<p>0. Ausente</p> <p>1. Sente que a vida não vale a pena</p> <p>2. Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte</p> <p>3. Idéias ou gestos suicidas</p> <p>4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)</p>
<p>04. Insônia Inicial <i>Este item compreende a dificuldade do paciente em dormir nas primeiras horas do período de sono.</i></p>	<p>0. Sem dificuldade para conciliar o sono</p> <p>1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora</p> <p>2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites</p>
<p>05. Insônia Intermediária <i>Este item compreende o despertar do paciente após algum tempo de sono, no meio da noite, seguido por dificuldade em voltar a dormir.</i></p>	<p>0. Sem dificuldade</p> <p>1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite</p> <p>2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar)</p>
<p>06. Insônia Tardia <i>Este item compreende o despertar precoce, antes da hora habitual de acordar do paciente, seguido por dificuldade de voltar a dormir.</i></p>	<p>0. Sem dificuldade</p> <p>1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir</p> <p>2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama</p>

Item	Definições
<p>07. Trabalho e Atividades <i>Este item compreende a perda de interesse e os graus de incapacidade do paciente em realizar suas atividades habituais, incluindo trabalho e lazer.</i></p>	<p>0. Sem dificuldade</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades: trabalho ou passatempos 2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho - quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade) 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos três horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos) 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda
<p>08. Retardo <i>Este item compreende a redução do nível de atividade psicomotora, que inclui lentidão de idéias e fala, dificuldade de concentração e atividade motora reduzida. Os sintomas do retardo motor dizem respeito à postura, aos gestos e à expressão facial.</i></p>	<p>0. Pensamento e fala normais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leve retardo à entrevista 2. Retardo óbvio à entrevista 3. Estupor completo
<p>09. Agitação <i>Este item compreende o aumento no nível da atividade motora.</i></p>	<p>0. Nenhuma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc. 2. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios
<p>10. Ansiedade Psíquica <i>Este item compreende a antecipação apreensiva de um perigo ou infortúnio futuros, acompanhada de uma sensação de disforia ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo antevisto pode ser interno ou externo. A ansiedade psíquica é expressa por tensão, irritabilidade, preocupação, insegurança, medo e apreensão, que podem se aproximar ao pavor subjugante.</i></p>	<p>0. Sem ansiedade</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala 4. Medos expressos sem serem inquiridos
<p>11. Ansiedade Somática <i>Este item compreende os concomitantes fisiológicos da ansiedade, ou seja, queixas físicas relacionadas a um estado emocional de tensão, irritabilidade, preocupação, insegurança, medo e apreensão, tais como: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações, palpitações, cefaleias, hiperventilação, suspiros, freqüência urinária, sudorese, etc. Variam em:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Leve:</i> quando ocorrem raramente, por períodos curtos de tempo e em intensidade discreta; • <i>Moderada:</i> quando ocorrem mais frequentemente e/ou em intensidade grande o bastante para incomodar o paciente; • <i>Grave:</i> ocorrem quase diariamente, em períodos mais longos de tempo, trazendo grande incômodo ao paciente mas não impedindo-o de realizar suas atividades; • <i>Incapacitantes:</i> ocorrem diariamente e impedem o paciente de realizar suas atividades habituais. 	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitantes

Item	Definições
<p>12. Sintomas Somáticos Gastrointestinais <i>Este item refere-se a queixas físicas de falta de apetite, sintomas gástricos e mal-estar abdominal, que, na ausência de causas orgânicas, têm sua origem em fatores psicológicos.</i></p>	<p>0. Nenhum</p> <p>1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen</p> <p>2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos</p>
<p>13. Sintomas Somáticos em Geral <i>Este item refere-se a queixas físicas de mal-estar, fadiga, sensação de peso e dores no corpo que, na ausência de causas orgânicas, têm sua origem em fatores psicológicos.</i></p>	<p>0. Nenhum</p> <p>1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço</p> <p>2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2</p>
<p>14. Sintomas Genitais <i>Este item compreende queixas de sintomas relacionados à sexualidade, como perda de libido, impotência, frigidez e distúrbios menstruais, que, na ausência de causas orgânicas, têm sua origem em fatores psicológicos.</i></p>	<p>0. Ausentes</p> <p>1. Leves distúrbios menstruais</p> <p>2. Intensos</p>
<p>15. Hipocondria <i>Este item refere-se à preocupação com temores de ter, ou a idéia de que a pessoa tem, uma doença grave, com base na interpretação errônea dos próprios sintomas somáticos. Varia de um aumento na auto-observação do corpo até delírios somáticos subjungantes.</i></p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)</p> <p>2. Preocupação com a saúde</p> <p>3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.</p> <p>4. Idéias delirantes hipocondríacas</p>
<p>16. Perda de Peso <i>Este item refere-se à perda de peso corporal em decorrência à diminuição do apetite, não sendo devido a causa orgânica. Pontuar A ou B.</i></p>	<p>A. Quando avaliada pela história clínica:</p> <p>0. Sem perda de peso</p> <p>1. Provável perda de peso associada à moléstia atual</p> <p>2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)</p> <p>B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais do peso:</p> <p>0. Menos que 0,5 kg de perda por semana</p> <p>1. Mais que 0,5 kg de perda por semana</p> <p>2. Mais que 1 kg de perda por semana</p>
<p>17. Consciência da Doença <i>Este item refere-se ao grau de consciência e compreensão do paciente quanto ao fato de estar doente. Varia de um entendimento adequado (afetivo e intelectual) quanto à presença da doença a uma negação total de sua enfermidade.</i></p>	<p>0. Reconhece que está deprimido e doente</p> <p>1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, a necessidade de repouso, etc.</p> <p>2. Nega estar doente</p>
<p>18. Variação Diurna <i>Este item refere-se ao quanto varia a percepção do paciente com relação ao incômodo e sofrimento que a doença traz, expressa pela gravidade dos sintomas, nos vários períodos do dia. Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à noite. Caso não haja variação, marcar "nenhuma". Se discreta ou pouco perceptível, marcar leve. Se intensa e bem delimitada, marcar grave.</i></p>	<p>0. Nenhuma</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Grave</p>

Item	Definições
<p>19. Despersonalização e Desrealização <i>Este item compreende a despersonalização, ou seja, uma alteração na percepção ou experiência de si mesmo, de modo que há o sentimento de estar distanciado, como se fosse um observador externo dos próprios processos mentais ou corpo (por ex., sentir-se como em um sonho); e a desrealização, uma alteração na percepção ou experiência do mundo externo, de modo que este parece estranho ou irreal (por ex., as pessoas podem parecer desconhecidas ou mecânicas). Em ambos o teste da realidade está intacto, e, portanto, não podem estar associados a delírios e/ou alucinações.</i> <i>Variam em:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Leves:</i> quando ocorrem raramente, por períodos curtos de tempo e em intensidade discreta; • <i>Moderadas:</i> quando ocorrem mais frequentemente e/ou em intensidade grande o bastante para incomodar o paciente; • <i>Graves:</i> ocorrem quase diariamente, em períodos mais longos de tempo, trazendo incômodo ao paciente mas não impedindo-o de realizar suas atividades; • <i>Incapacitantes:</i> ocorrem diariamente e impedem o paciente de realizar suas atividades habituais. 	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausentes 1. Leves 2. Moderadas 3. Graves 4. Incapacitantes
<p>20. Sintomas Paranóides <i>Este item envolve a crença do paciente de estar sendo vítima de conspiração, traição, espionagem, perseguição, envenenamento ou intoxicação com drogas, estar sendo alvo de comentários maliciosos, de assédio ou obstruído em sua busca de objetivos de longo prazo. Varia de um grau de desconfiança em que o teste da realidade está preservado, até a convicção delirante, resistente a qualquer tipo de argumentação.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhum 1. Desconfiança 2. Idéias de referência 3. Delírio de referência e perseguição
<p>21. Sintomas Obsessivos e Compulsivos <i>Este item refere-se a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Obsessão:</i> idéias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento; • <i>Compulsão:</i> comportamento repetitivo (por ex., lavar as mãos, ordenar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar, repetir palavras em silêncio) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou gratificação. Na maioria dos casos, a pessoa sente-se compelida a executar a compulsão para reduzir o sofrimento que acompanha uma obsessão ou para evitar algum evento ou situação temidos. <p><i>Em ambos os casos, o teste da realidade está preservado, não se relacionando, portanto, a delírios e/ou alucinações.</i> <i>Variam em:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Leves:</i> quando discretos e/ou infrequentes; • <i>Graves:</i> quando intensos e frequentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhum 1. Leves 2. Graves

Anexo III – O “Diário”





Informação sobre o programa BEAM

Este folheto faz parte de um programa educativo chamado BEAM (Bipolar Educational Awareness Materials, *Materiais para Psicoeducação na Perturbação Bipolar*). O programa BEAM é apoiado e dirigido por um grupo independente de peritos de fama mundial no campo da perturbação bipolar. O objectivo do programa é fomentar o conhecimento da doença bipolar, seu diagnóstico e tratamento, tanto entre os profissionais de saúde, como entre os doentes bipolares e respectivos familiares e cuidadores.

Membros do painel

Hans Ågren, *Huddinge, Suécia*
Marc Bourgeois, *Bordeaux, França*
Giovanni Cassano, *Pisa, Itália*
Roy Chengappa, *Pittsburgh, EUA*
John Cookson, *Londres, Reino Unido*
Rodney Elgie (GAMIAN-Europa), *Kent, Reino Unido*
Guy Goodwin, *Oxford, Reino Unido*
Siegfried Kasper, *Viena, Áustria*
Andreas Marneros, *Halle, Alemanha*
Julien Mendlewicz, *Bruxelas, Bélgica*
Stuart Montgomery, *Londres, Reino Unido*
Paolo L Morselli (GAMIAN-Europa), *Milão, Itália*
Emilio Sacchetti, *Brescia, Itália*
Gary Sachs, *Boston, MA, EUA*
Trisha Suppes, *Dallas, TX, EUA*
Eduard M van Gent, *Doetinchem, Holanda*
Eduardo Vieta, *Barcelona, Espanha*
Shigeto Yamawaki, *Tóquio, Japão*
Lakshmi N Yatham, *Vancouver, Canadá*

Informação Pessoal

Nome _____

Morada _____

Telefone (casa) _____

Telefone (telemóvel) _____

Telefone (emprego) _____

Contacto de emergência

Nome _____

Morada _____

Telefone _____

Telefone (telemóvel) _____



Para que serve este diário?

Entender o padrão de sintomas dos seus episódios é fundamental para um tratamento bem sucedido. Durante a consulta com o seu médico, pode ser difícil tentar recordar os sintomas das últimas semanas ou meses, especialmente quando estiver mais doente. Ao registar diariamente o seu nível de humor, disporá de uma informação muito mais fiável para poder ajudar o seu médico a decidir qual o tratamento mais adequado para o seu estado.

Os gráficos de humor deste diário têm por objectivo oferecer-lhe uma forma simples de monitorizar a sua doença. Estes gráficos permitir-lhe-ão agrupar toda a informação importante, como o seu nível de humor, quantidades de medicação e acontecimentos stressantes. Ao registar toda esta informação no gráfico, gera-se um esquema simples que permite reconhecer padrões que, de outra forma, poderiam ser muito difíceis de identificar.

Os gráficos de humor constituem um bom sistema para registar cronologicamente todos os acontecimentos e ajudá-lo-ão a informar mais eficientemente o seu médico sobre as suas variações de humor. Ao fim de poucos meses, estes gráficos converter-se-ão numa ferramenta muito útil. Logo que comece a registar os seus níveis de humor e se habitue aos gráficos, concluirá que introduzir a informação diariamente é um procedimento muito simples e rápido.

Reconheça os seus sintomas

Os sintomas da doença bipolar podem ser diferentes para cada pessoa. Enumeram-se de seguida os sintomas mais comuns nos episódios de humor elevado ou deprimido (mania ou depressão). Anote por favor os sintomas que estão presentes normalmente e os que podem aparecer antes de um episódio de elevação ou de depressão do humor.

Episódio de elevação do humor

	Habitual em mim	Antes de um episódio
Cheio de Energia		
Facilmente irritável		
Menor necessidade de sono		
Sentir-se mais importante que o habitual		
Cheio de ideias novas e entusiasmantes		
Mais falador		
Gasto excessivo de dinheiro		
Fazer coisas não habituais em si		

Episódio de depressão

	Habitual em mim	Antes de um episódio
Maior necessidade de sono		
Insónia		
Sentimentos de culpa		
Diminuição de energia		
Perda de interesse e de prazer		
Indecisão		
Dificuldade de concentração		
Sentimentos de inadequação ou de inutilidade		
Inquietação ou agitação		
Variações de apetite		
Pensamentos sobre morte		





Como devo utilizar este diário?

Este diário foi concebido para uma fácil utilização. Cada mês divide-se em duas secções. A primeira secção contém o gráfico destinado à monitorização do humor e a segunda proporciona-lhe espaço adicional para o registo de qualquer acontecimento que tenha afectado a sua saúde ou nível de humor.

Quando devo utilizar este diário?

Por favor, preencha o gráfico diariamente. Idealmente, deve preenchê-lo antes de se deitar, para poder fazer o resumo do dia. Quanto mais informação conseguir incluir no diário, mais útil ele será ao seu médico.

Instruções para o registo de informação

O primeiro mês que aparece no seu diário é um exemplo de um gráfico de humor já preenchido.

Instruções gerais

Complete a parte superior da página com o seu nome, o mês e o ano. Cada página abarca um mês. Comece no dia correspondente do mês e continue a registar os dados até ao final de cada mês.

Níveis de humor

Por favor, veja a escala de níveis de humor, na pequena régua. Em cada dia, assinale as casas que melhor descrevam o nível de humor **mais alto e mais baixo** que experimente. A escala de níveis de humor divide-se em três secções: humor elevado, normal e depressivo. As secções para o humor elevado e depressivo foram concebidas para avaliar até que ponto a gravidade destes estados afectou a sua capacidade de funcionar normalmente. **VEJA O EXEMPLO DE GRÁFICO DE HUMOR MENSAL.**

Registe a sua ansiedade/irritabilidade

Numa escala de 0 a 3 (em que 0=nenhuma, 1=ligeira, 2=moderada, e 3=grave) identifique o seu nível de ansiedade e de irritabilidade do dia. **VEJA O EXEMPLO DE GRÁFICO DE HUMOR MENSAL.**

Medicação

No início de cada mês, com ajuda do seu médico, registre o nome e a dose de cada medicação que lhe tenha sido prescrita. No final do dia, anote o número de comprimidos que tenha tomado nesse dia. Caso não tenha tomado nenhum comprimido, deixe a casa em branco. **VEJA O EXEMPLO DE GRÁFICO DE HUMOR MENSAL.**

Encontrará também um espaço para registar medicamentos adicionais no verso do diário.

Assinale o seu período menstrual (para doentes do sexo feminino)

Faça um círculo em torno das datas que correspondam ao seu período menstrual.

Horas dormidas

Calcule o número de horas que dormiu na noite anterior.

Peso

Registe o seu peso no dia 28 de cada mês

Informação adicional

Está prevista uma linha em branco para poder registar qualquer problema adicional que tenha tido (por exemplo: ataques de pânico, alcoolismo, episódios de voracidade alimentar)

Notas diárias

O verso do diário oferece-lhe espaço para anotar qualquer acontecimento importante que tenha ocorrido durante o dia e que possa ter influenciado o seu humor. **VEJA O EXEMPLO DE GRÁFICO DE HUMOR MENSAL.**





Como impedir que ocorram variações extremas de humor – Ajude-se a si próprio

Esta secção é proporcionada para que possa, juntamente com a sua família, os seus amigos ou o seu médico, fazer um plano de acção que possa ser utilizado no caso de voltarem a aparecer os mesmos sintomas de perturbação do humor. Conceber um plano de acção pode ajudar a assegurar que da próxima vez que surjam os ditos sintomas esteja preparado/a, tal como a sua família, para que todos aqueles que tenham alguma coisa a ver consigo tenham uma ideia das medidas a tomar.

Como lidar com um episódio de elevação de humor

Quando o meu médico ou amigos e familiares me disserem que estou numa fase de elevação do humor (mania), tomarei as seguintes medidas para me ajudar a mim próprio/a:

1. Contactarei o meu médico o mais depressa possível

Nome

Telefone

2. Identificarei mudanças na minha medicação

3. Identificarei qualquer acontecimento desencadeante

Físico

Emocional

4. Evitarei álcool e drogas
5. Manterei as minhas actividades diárias regulares
6. Reduzirei a quantidade de sono perdido
7. Contactarei a minha equipa de apoio

Preencha com os nomes das pessoas com quem pode falar ao atravessar um momento difícil.

Nome Telefone

Nome Telefone

Nome Telefone

Nome Telefone



8. Competências para lidar com as dificuldades – O que devo fazer
Anote as estratégias de resolução de problemas que o/a tenham ajudado em episódios prévios de euforia (mania).
Por exemplo, ficar num ambiente pouco iluminado quando se sentir oprimido ou sobre-estimulado.

O que devo fazer

9. Competências para enfrentar um problema – O que NÃO devo fazer
Anote as estratégias de resolução de problemas que saiba que **NÃO** o/a ajudaram durante episódios anteriores de elevação do humor. Por exemplo, consumir grandes quantidades de álcool pode tornar as pessoas ainda mais impulsivas e propensas a fazer coisas que não são características da sua maneira de ser.

O que NÃO devo fazer

10. Quando o meu humor estiver elevado, as pessoas poderão ajudar-me:
É fornecido espaço adicional para que possa incluir as suas próprias sugestões.
 - Deixando-me só numa divisão com pouca luminosidade quando me sentir agitado/a.
 - Impedindo-me de conduzir guardando as chaves do carro.
 - Impedindo-me de ir às compras guardando os meus cheques, cartões Multibanco e de crédito.
 - Não discutindo comigo, especialmente quando estiver irritável.
 - Contactando o meu médico se os sintomas forem suficientemente graves e eu não estiver consciente do que se esteja a passar não podendo cuidar de mim próprio/a



Como lidar com um episódio depressivo

Quando estiver deprimido/a, tomarei as seguintes medidas para me ajudar a mim próprio/a:

1. Contactarei o meu médico o mais depressa possível

Nome

Telefone

2. Identificarei mudanças na minha medicação

3. Identificarei qualquer acontecimento desencadeante

Físico

Emocional

4. Evitarei álcool e drogas

5. Manterei as minhas actividades diárias regulares

6. Reduzirei a quantidade de sono perdido

7. Contactarei a minha equipa de apoio

Preencha com os nomes das pessoas com quem pode falar ao atravessar um momento difícil.

Nome

Telefone

Nome

Telefone

Nome

Telefone

Nome

Telefone

8. Competências para lidar com dificuldades – O que devo fazer

Anote as estratégias de resolução de problemas que o/a tenham ajudado em episódios prévios de depressão.

Por exemplo, dar um passeio diário ou ouvir música.

O que devo fazer

9. Competências para lidar com as dificuldades – O que **NÃO** devo fazer
- Anote as estratégias de resolução de problemas que saiba que **NÃO** o/a ajudaram durante episódios anteriores de depressão. Por exemplo, consumir grandes quantidades de álcool pode tornar as pessoas ainda mais deprimidas uma vez passado o efeito do mesmo. Outras pessoas querem estar na cama todo o dia quando começam a sentir-se deprimidas.

O que NÃO devo fazer

10. Quando o meu humor estiver depressivo, as pessoas poderão

ajudar-me:

É fornecido espaço adicional para que possa incluir as suas próprias sugestões.

- Confiando que sou eu o melhor juiz para decidir quando estou deprimido/a e não me contradizendo quando lhes digo que estou.
- Contactando o meu médico se os sintomas forem suficientemente graves e eu não estiver consciente do que se esteja a passar , não podendo cuidar de mim próprio/a.

POR FAVOR, GUARDE ESTE DIÁRIO NUM LOCAL ONDE POSSA VÊ-LO TODOS OS DIAS



