

10 IMPACTO DA GESTÃO DA ANSIEDADE EM PESSOAS INTERNADAS COM O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO

| Celso da Silva¹; Manuel Brandão² |

RESUMO

O presente estudo aborda o Impacto da Gestão da Ansiedade em pessoas internadas por Depressão. A necessidade de ajudar a gerir o sintoma “ansiedade” em pessoas internadas por Depressão é fundamental para a sua recuperação (CORDEIRO, 2003).

Para isso os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental assumem essa competência, conforme está previsto na Unidade de Competência F4.2. do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental – “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”. A metodologia utilizada foi a de Estudo de Caso Múltiplo com a aplicação da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, validada para a população portuguesa por PONCIANO, E., SERRA, A. e RELVAS, J. (1982), a duas pessoas internadas por Depressão no Serviço de Psiquiatria Agudos da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, que posteriormente foram sujeitas a uma intervenção de enfermagem especializada que consistiu em cinco sessões de ajuda para gerir o sintoma “ansiedade”.

No final das cinco sessões foi aplicada a mesma Escala de Autoavaliação da Ansiedade, com o objectivo de avaliar se a intervenção de enfermagem especializada diminuiu ou não o nível de ansiedade nessas duas pessoas.

Este estudo teve uma natureza exploratória e a escolha desta amostra foi não probabilística por conveniência de acordo com o objectivo do estudo. Podemos concluir que, não obstante os resultados deste estudo não serem generalizáveis, a metodologia utilizada poderá ser útil para as pessoas com Depressão aprenderem a gerir de forma mais adequada a sua Ansiedade, pois verificou-se uma diminuição dos níveis de ansiedade em ambos os casos após a intervenção de enfermagem especializada. Esta intervenção permitiu intervir ao nível do processo cognitivo, de modo a ajudar a pessoa a controlar os pensamentos negativos e a corrigir as interpretações inadequadas da realidade, de modo a gerir de uma forma adequada o seu nível de Ansiedade. Neste contexto sugere-se que esta intervenção P ser prolongada no tempo de modo a diminuir ainda mais o nível de ansiedade, e que deva ser parametrizada no SAPE.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Enfermagem, Gestão da Ansiedade

ABSTRACT

The present study addresses the impact of the Management of Anxiety in people hospitalized for depression. The need to help manage the symptom “anxiety” in people hospitalized for depression is critical for their recovery (CORDIERO, 2003).

For this Nurses Specialists Mental Health assume this responsibility, as is provided in the Unit of Competency F4.2. Regulation of Specific Skills Nurse Specialist in Mental Health Nursing – “Develops and psychotherapeutic processes sociotherapists to restore the client’s mental health and prevent disability, mobilizing the processes that best suit the client and the situation.”

The methodology used was the multiple case study with the application of the Scale of Zung Anxiety Self-evaluation, validated for the Portuguese population by PONCIANO, E., SERRA, A. e RELVAS, J. (1982), the two people hospitalized for depression at the Acute Psychiatric Services Local Health Unit of the Northern Alentejano, EPE, which were then subject to a specialized nursing intervention that consisted of five sessions to help manage the symptom “anxiety”.

At the end of the five sessions was the same applied Anxiety Self Assessment Scale, in order to assess whether the intervention of skilled nursing or not decreased the level of anxiety in these two people.

This study was an exploratory nature and the choice of this sample was not probabilistic by convenience according to the study endpoint. We can conclude that, despite the results of this study are not generalizable, the methodology may be useful for people with depression learn to manage it more appropriate to their anxiety, because there was a decrease in anxiety levels in both cases after the intervention of skilled nursing. This intervention allowed to intervene at the level of cognitive process in order to help the person to control negative thoughts and to correct the misinterpretation of reality in order to adequately manage their level of anxiety. In this context suggests that this intervention can be prolonged in time in order to further reduce the level of anxiety, and that must be parameterized in SAPE.

KEYWORDS: Depression, Nursing, Anxiety Management

¹ Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, celsosilva30@gmail.com
² Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, quintadobacelo@sapo.pt

Submetido em: 16-02-2012 – Aceite em 30-04-2012

Citação: Silva, C. & Brandão, M. (2012). Impacto da gestão da ansiedade em pessoas internadas com o diagnóstico de depressão. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 7, 61-69.

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados a pessoas com Depressão obriga a uma abordagem global e ao seguimento de todo um plano terapêutico. Um aspecto fundamental do plano terapêutico é a gestão do sintoma “ansiedade”.

CHABOT (2000) refere que as emoções humanas são um universo no interior do qual gravitamos a todo o instante. Estão presentes em todos os momentos da nossa vida, tendo nós de “conviver” com as nossas emoções e com as dos outros. Por isso, as emoções desempenham um papel central na saúde dos seres humanos. Podem fazer-nos felizes ou tristes, podem-nos tranquilizar ou nos inquietar.

Sendo as emoções uma parte integrante da nossa vida, e sendo a Ansiedade uma emoção frequente em pessoas com Depressão, ajudar as pessoas a gerir a Ansiedade torna-se imprescindível no plano terapêutico mais global na Depressão.

A Depressão é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas. De acordo com CORDEIRO (2003), a Depressão é caracterizada por humor depressivo, em que está presente um sentimento monótono de tristeza, a pessoa sente-se desesperada e sem esperança e pode apresentar labilidade emocional. O autor acrescenta que a pessoa não atribui valor a nada, o que leva ao alheamento, à inquietação, à irritabilidade, ao isolamento social, à falta de paciência com pequenas contrariedades da vida, ao desinteresse pelos objectos exteriores e à falta de entusiasmo pela vida – a anedonia.

O plano terapêutico na Depressão inclui ajudar na gestão dos vários sintomas da Depressão, e no caso concreto, ajudar a gerir o sintoma “ansiedade” sendo fundamental para a recuperação da pessoa, pois frequentemente este sintoma está associado à Depressão (CORDEIRO, 2003).

A Ansiedade caracteriza-se por sentimentos de ameaça, perigo, ou infelicidade sem causa conhecida, podendo ser acompanhados por pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular, aumento da frequência cardíaca, sudorese, pele pálida, pupilas dilatadas e voz trémula. (CIPE, Versão Beta 2, 2002. Traduzido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros).

KAPLAN, SADOCK, e GREBB (1997) referem que a sensação de Ansiedade é uma vivência comum a qualquer ser humano, e definem um conjunto de Sinais e Sintomas Fisiológicos e Psicológicos de Ansiedade (Quadro 1), que embora possam variar de pessoa para pessoa, permitem-nos identificar uma pessoa com o sintoma “ansiedade”.

Quadro 1: Sinais e Sintomas Fisiológicos e Psicológicos de Ansiedade

Sinais e Sintomas Fisiológicos de Ansiedade	Sinais e Sintomas Psicológicos de Ansiedade
Cefaleias	Consciência de “estar nervoso”
Sudorese intensa	Consciência de estar ameaçado
Hipertensão arterial	Sentimento de vergonha
Desconforto abdominal	Perplexidade
Queixa algícas generalizadas	Confusão
Inquietação	Alterações da percepção
Reflexos exageradamente aumentados	Dificuldades de concentração
Taquicardia	Diminuição da memória
Midríase pupilar	Dificuldades na aprendizagem
Síncope	Dificuldades na interacção com os outros
Tremores	Isolamento
Alterações urinárias (frequência, retenção, urgência urinária)	Baixa-autoestima

Importa distinguir Ansiedade de Medo. KAPLAN, SADOCK & GREBB (1997) consideram que a Ansiedade é um sinal de alerta, que avisa sobre um perigo eminente e que possibilita a tomada de medidas para enfrentar esse perigo. O Medo também é um sinal de alerta, mas distingue-se da Ansiedade por ser uma resposta a uma ameaça conhecida e externa. A Ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida e interna.

Para SPIELBERGER (1972), a Ansiedade é uma sensação de carácter emocional acompanhada de uma combinação de sentimentos de tensão, apreensão, de nervosismo, pensamentos desagradáveis e mudanças fisiológicas. É uma maneira pela qual cada indivíduo encara um determinado estímulo como ameaçador ou como causador de stresse.

CALMEIRO, L. & MATOS, M. (2004) acrescentam que a ansiedade está associada a agitação ou tensão interior, a fadiga, a dificuldades de concentração, a irritabilidade, a tensão muscular e a perturbações do sono.

É transversal à maioria das perturbações e surge como consequência de um défice psicológico, de um comportamento aditivo, de um conflito intrapsíquico, ou da dificuldade em interpretar os acontecimentos. Sendo a Ansiedade transversal à maioria das perturbações, e sabendo que está frequentemente presente na Depressão, importa definir estratégias que ajudem as pessoas deprimidas a avaliar elas próprias o seu nível de Ansiedade, isto é, ensinar as pessoas a observar e a controlar os pensamentos negativos, a examinar as evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos negativos, a corrigir as interpretações tendenciosas por interpretações baseadas na realidade.

A Ansiedade nem sempre é negativa, pois dependendo da intensidade pode funcionar como factor motivacional levando a pessoa a melhorar o seu desempenho. A Ansiedade torna-se um problema quando atinge níveis exagerados causando prejuízos (LEITE, 1999).

KAPLAN, SADOCK & GREBB (1997) consideram que a Ansiedade pode ter funções adaptativas, pois alerta sobre uma ameaça interna ou externa, ajudando a preservar a vida. Isto é, a Ansiedade alerta para as ameaças permitindo à pessoa tomar as medidas necessárias para evitar a ameaça ou atenuar as suas consequências. A Ansiedade é uma emoção. É desagradável, negativa, dirigida ao futuro, por vezes exagerada relativamente à ameaça. Implica sintomas corporais subjectivos e manifestos. A Ansiedade está relacionada com o processamento selectivo da informação por parte do sujeito que a interpreta como uma ameaça ou um perigo ao seu próprio bem-estar e à sua segurança (GRAZIANI, 2005). O autor acrescenta que níveis moderados de Ansiedade desempenham um papel-protector perante diversos stressores. A Ansiedade facilita assim a adaptação, ainda que seja desagradável: mobiliza os recursos físicos e psicológicos para enfrentar aquilo que ameaça o sujeito, o que pode possibilitar transformações benéficas e facilitar o desenvolvimento psicológico.

Na mesma linha de pensamento, BAUER (2002), refere que a Ansiedade faz parte do nosso sistema de alarme e regula os nossos medos. É um fenómeno natural. A diferença entre o normal e o patológico é a intensidade da Ansiedade. Isto é, a Ansiedade, também pode ter repercussões negativas para a pessoa. Se for muito intensa e prolongada, em vez de contribuir para uma adaptação a uma situação, causa sofrimento, limita, dificulta ou impossibilita a sua capacidade de adaptação.

Se a Ansiedade mobiliza recursos físicos e psicológicos, então, ajudar a pessoa com Depressão a gerir o seu nível de Ansiedade pode ajudar a uma mobilização desses recursos de uma forma eficaz.

Importa intervir na Ansiedade ao nível cognitivo de modo a ajudar a pessoa a perceber que na maioria das vezes está a sobrevalorizar negativamente uma determinada situação, e desvalorizando a sua capacidade de a enfrentar (HOFMANN, 2004). A intervenção na Ansiedade a nível cognitivo tem como objectivo ajudar a pessoa a observar e a controlar os pensamentos negativos e irracionais, a constatar as evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos negativos e irracionais, a correcção das falsas interpretações por interpretações baseadas na realidade (CLARK & MCMANUS, 2002), isto é, visa ajudar a pessoa a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses

pensamentos à luz das evidências reais e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas.

Esta reestruturação cognitiva consiste em corrigir as avaliações erradas que a pessoa faz das sensações corporais vivenciadas como ameaçadoras. Para isso, ajudamos a pessoa a identificar pensamentos distorcidos para que possa substituí-los por outros mais objectivos, o que resultará na modificação das suas cognições e atitudes perante eventos que causem Ansiedade (COSTA & LANA, 2001), ajudando a baixar o nível de Ansiedade para parâmetros adequados.

Ajudar as pessoas a adequar os seus níveis de Ansiedade em função das situações reais e concretas permite-lhes gerir melhor o sintoma “ansiedade”.

A reestruturação cognitiva levanta hipóteses relativamente à forma como a pessoa construiu a sua realidade e analisa os padrões de pensamento gerados por essa construção. Se os pensamentos gerados forem desadequados pode criar conflitos e sofrimento na pessoa (SEQUEIRA, 2006). O autor acrescenta que as situações em si não determinam directamente como alguém se irá sentir, mas antes, são os seus juízos de valor e as suas cognições ou interpretações que provocam uma resposta emocional específica.

A reestruturação cognitiva ajuda a pessoa a compreender que há coisas positivas e negativas na vida, e que há pessoas que gostam dela (familiares ou pessoas significativas). Permite ainda ajudar a encontrar estratégias para ultrapassar as dificuldades ou as situações stressantes quando estas surgem.

SEQUEIRA (2006) refere que podem ser programadas um conjunto de sessões que podem ser realizadas em grupo. As sessões realizadas em grupo permitem às pessoas perceberem que não são as únicas a ter problemas na vida, e que nem tudo é negativo na vida (SCHOPLER & GALINSKY, 1993). Os autores acrescentam que há um encontro de pessoas com problemas semelhantes dispostos a partilhar as suas experiências pessoais e a participar num processo comum.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental têm competência para desenvolver estes processos psicoterapêuticos, conforme está previsto na Unidade de Competência F4.2. do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental – “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”.

METODOLOGIA

A opção por este estudo decorre da necessidade dos enfermeiros em intervir no sintoma ansiedade em pessoas com Depressão, procurando associar a evolução da ansiedade a uma intervenção de enfermagem especializada. Isto é, saber se a intervenção de enfermagem especializada diminui ou não os níveis de ansiedade em pessoas com Depressão.

Este estudo pretende obter informação detalhada sobre um fenómeno novo, com a salvaguarda de os resultados não poderem ser generalizados a outras populações ou situações.

Queremos responder à questão:

Qual o impacto da intervenção de base cognitivo-comportamental do enfermeiro especialista na gestão da ansiedade de doentes com o Diagnóstico de Depressão? Para YIN (1994) o objectivo do Estudo de Caso é explorar, descrever ou explicar. GUBA & LINCOLN (1994) acrescentam que o objectivo é descrever situações ou factos, proporcionar conhecimento acerca do fenómeno estudado e comprovar ou contrastar efeitos e relações presentes no caso. Por seu lado, PONTE (2006) afirma que o objectivo do Estudo de Caso é descrever e analisar. A estes dois MERRIAN (1998) acrescenta um terceiro objectivo, que é avaliar.

Objectivo Geral:

Este estudo pretende avaliar o impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista na gestão da ansiedade em doentes com o Diagnóstico de Depressão.

Objectivos específicos:

- Planear uma intervenção que ajude o doente a gerir a ansiedade;
- Avaliar ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados, na gestão da ansiedade por parte dos doentes.

De acordo com CERVO, BERVIAN (1996) os estudos exploratórios são utilizados quando pouco se conhece sobre o assunto, e quando se pretende conhecer melhor os fenómenos em causa ou descobrir novas ideias a respeito dos mesmos, por isso, este estudo tem uma natureza exploratória.

PONTE (2006) considera que o Estudo de Caso é uma investigação que se foca no particular que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica. Assim, este estudo enquadra-se no formato de Estudo de Caso Múltiplo (ou comparativo), pois debruça-se sobre uma questão concreta de dois doentes sendo possível uma comparação entre os dois e um conhecimento mais profundo sobre o fenómeno (YIN, 1994).

Este estudo foi desenvolvido durante os meses de Abril, Maio e Junho de 2011.

Assim, com este estudo não se pretende uma generalização estatística, mas sim dar um contributo para uma possível metodologia de intervenção de enfermagem em pessoas com o Diagnóstico de Depressão e que manifestem o sintoma “ansiedade”.

Participantes

De acordo com STAKE (1995), não se estuda o caso para compreender outros casos. O Estudo de Caso tem o objectivo de compreender o “caso”, e por isso, a amostra é não probabilística e sempre intencional quando se baseia em critérios pragmáticos e teóricos em vez de critérios probabilísticos (BRAVO & EISMAN, 1998). As autoras acrescentam que a amostragem pode ser seleccionada por conveniência.

Para a realização do trabalho foram escolhidas duas pessoas internadas no Serviço de Psiquiatria Agudos da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE com o Diagnóstico de Depressão e que manifestassem o sintoma “ansiedade”. A escolha desta amostra foi não probabilística por conveniência de acordo com o objectivo do estudo. Foram escolhidos o NG e a AC. Sendo a intervenção que se propõe neste estudo uma intervenção de base cognitivo-comportamental, foram excluídas pessoas com quadros psicóticos, com actividade delirante e/ou alucinatória. A exclusão de pessoas com estes quadros justifica-se pelas alterações do conteúdo do pensamento, pelas alterações da percepção, e pela consequente perda de contacto com a realidade (STEVENS, 1997).

Caso 1 – Antecedentes pessoais do NG

NG, 32 anos, sexo masculino, caucasiano, casado, pai de dois filhos menores, possui o 12º ano de escolaridade, residente em Portalegre, foi internado no serviço por um “Quadro depressivo ansioso”, em que manifestava humor deprimido, insónia inicial e final, acufenos, taquicardia, tonturas, sudorese intensa, inquietação. Refere que tem muitos medos inespecíficos. Refere não conseguir ir trabalhar devido à sintomatologia, apesar de não haver qualquer problema nas relações no trabalho. Refere também que não há problemas nas relações familiares. Ausência de ideação suicida e de sintomatologia psicótica. Quando questionado há quanto tempo se sente assim, refere que desde os 18 anos. Na família há referência aos pais que sofrem de Depressão. Fuma um maço de cigarros por dia, nega hábitos alcoólicos ou consumos de outras substâncias. Discurso coerente, interacção e comportamento adequados.

Caso 2 – Antecedentes pessoais da AC

AC, 38 anos, sexo feminino, caucasiana, casada, sem filhos, trabalha como cozinheira num restaurante, possui

o 6º ano de escolaridade, foi internada no serviço por “Depressão”, em que manifestava humor deprimido, taquicardia, desequilíbrio, cansaço fácil. Refere não conseguir trabalhar e “tomar conta da casa” devido à sintomatologia. Nega problemas no trabalho ou nas relações familiares. Ausência de ideação suicida e de sintomatologia psicótica. Quando questionada há quanto tempo se sente assim, refere que é desde há 7 meses, ocasião em que sofreu um aborto espontâneo. Na família não há referência de pessoas com problemas de saúde relevantes. Nega hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumos de outras substâncias. Discurso coerente, interacção e comportamento adequados.

Foi realizado o exame mental comparativo entre NG e AC para um melhor conhecimento dos casos em estudo.

Quadro 2: Exame mental comparativo entre NG e AC

Fenómenos	NG	AC
Apresentação, postura e morfologia.	Idade cronologia igual à idade aparente. Deficiente autocuidado no que se refere ao vestuário. Postura tensa, retraída, sudorese intensa. Morfologia do tipo atlético.	Idade cronologia igual à idade aparente. Deficiente autocuidado no que se refere ao penteado. Postura retraída. Morfologia do tipo pícnico.
Mímica, expressão, motricidade.	Fácies triste. Inquietação.	Fácies triste. Desequilíbrio ao deambular. Cansaço fácil.
Contacto, linguagem e obras.	Discurso coerente, linguagem e contacto adequados.	Discurso coerente, linguagem e contacto adequados.
Estado de consciência.	Sem alterações da consciência. Orientado no tempo e no espaço.	Sem alterações da consciência. Orientada no tempo e no espaço.
Consciência de si.	Adequada.	Adequada.
Consciência do corpo.	Adequada.	Adequada.
Impulsos e vontade.	Refere não conseguir trabalhar, negando problemas laborais.	Refere não conseguir trabalhar (negando problemas laborais) e “tomar conta da casa”.
Humor.	Humor deprimido.	Humor deprimido.
Afectos.	Nega problemas com familiares ou amigos.	Nega problemas com familiares ou amigos.
Emoções.	Ansiedade, tristeza.	Ansiedade, tristeza.
Forma do pensamento.	Pensamento coerente, adequado.	Pensamento coerente, adequado.
Conteúdos do pensamento.	Adequados. Ausência de actividade delirante.	Adequados. Ausência de actividade delirante.
Representação e memória.	Adequados.	Adequados.
Senso-percepção.	Ausência de actividade alucinatória.	Ausência de actividade alucinatória.

Instrumentos

No que se refere à recolha de dados, os instrumentos utilizados foram uma Grelha de Observação dos Sinais e Sintomas Fisiológicos e Psicológicos de Ansiedade, a Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung validada para a população portuguesa pelo Professor Vaz Serra num trabalho conjunto com outros autores em 1982 e a realização de sessões para a gestão da ansiedade (Quadro 3), por serem adequados ao objectivo do estudo e com as informações que pretendia recolher.

A Grelha de Observação dos Sinais e Sintomas Fisiológicos e Psicológicos de Ansiedade foi elaborada de forma a identificar objectivamente se o NG e a AC manifestavam os referidos sinais e sintomas, de forma a não haver dúvidas que a escolha destes participantes estava adequada em função dos objectivos do estudo.

A escolha da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung deveu-se ao facto de avaliar a ansiedade estado e não a ansiedade traço. Isto é, permite avaliar o nível de Ansiedade face a situações desencadeadoras e não um traço de personalidade.

Zung, na construção desta escala (Self Anxiety Scale) considerou as principais manifestações de ansiedade descritas na literatura de âmbito psiquiátrico e também considerou os registos realizados pelos próprios doentes (PONCIANO, SERRA & RELVAS, 1982). Zung pretendia com a Escala, encontrar um instrumento de fácil utilização, que o seu preenchimento fosse relativamente breve e que fosse preenchido pelo próprio indivíduo, porque a própria pessoa conhece melhor as variáveis envolvidas.

A pessoa é solicitada a responder em que medida considera que aquele sintoma está presente através de uma escala de likert de quatro níveis.

As vinte afirmações que compõem a Escala são as principais manifestações de ansiedade referidas por doentes durante as sessões clínicas.

A escala consiste em 20 itens que traduzem sintomas, dos quais a pessoa deve avaliar para cada um deles, escolhendo uma das quatro opções aquela que melhor se adequa a si: “1 – nenhuma ou raras vezes”, “2 – algumas vezes”, “3 – uma boa parte do tempo”, “4 – a maior parte ou totalidade do tempo”. A pontuação pode variar entre 20 e 80 pontos. Quanto maior a pontuação maior o estado de ansiedade. Ponciano, E., Serra, A. & Relvas, J., (1982) consideram “população normal” uma pontuação < 40, e “população doente” uma pontuação > 40.

Os itens 5, 9, 13, 17 e 19 como são afirmações pela positiva (ausência de sintoma/ansiedade) a sua cotação é efectuada pela ordem inversa. A escala procura avaliar os quatro componentes da ansiedade:

cognitiva (questões de 1 à 5), motora (questões da 6 à 8), vegetativa (questões da 10 à 18), e do Sistema Nervoso Central (questões 19 e 20).

PONCIANO, SERRA & RELVAS (1982) aferiram a Escala de Auto-Avaliação de Zung numa amostra da população portuguesa. Nesta amostra predominavam sujeitos do ensino secundário e universitário. Pretendia-se conhecer os valores para uma população normal de modo a poderem ser comparados com outras populações. Os autores da validação para a população portuguesa (PONCIANO, E., SERRA, A. & RELVAS, J., 1982) consideram uma escala com boa validade, fidedignidade e discriminação.

Intervenção de enfermagem especializada

Foi também utilizado, como já referido, um Plano de Sessões para a Gestão da Ansiedade, em que foram realizadas sessões com a duração de trinta minutos de três em três dias. Estas sessões foram adaptadas de SEQUEIRA (2006).

A intervenção cognitivo-comportamental é uma forma de psicoterapia breve, estruturada e com o foco no presente. Tem como objectivo modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais. Neste tipo de intervenção, os participantes devem estar envolvidos de modo a ser possível trabalhar como uma equipa (D'EL REY & MONTIEL, 2002).

Foram planeadas cinco sessões por se considerar adequado à duração média dos internamentos no serviço e aos objectivos do estudo.



Número da Sessão	Procedimentos	Técnicas utilizadas	Terapeuta
1ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar o funcionamento das sessões para inteirar as pessoas dos vários procedimentos; - Dar uma "folha própria" com 4 colunas a cada pessoa; - Na 1ª coluna escreve os seus problemas e dificuldades; - Na 2ª coluna deverá escrever os sentimentos associados aos problemas e dificuldades; - Cada pessoa partilha os problemas e sentimentos com os outros elementos; - Fazer resumo e avaliação da sessão; - Explicar as actividades a desenvolver na 2ª sessão. 	<p>Integração de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva</p> <p><u>Exposição</u> Esta técnica propõe que os participantes sejam confrontados com os estímulos stressores. Os participantes são confrontados em cada item de forma repetida e prolongada, e passam ao item seguinte quando o anterior for percebido. No final do processo é esperado que os níveis de Ansiedade diminuam (WOLPE, 1973)</p>	EESM
2ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior para situar as pessoas; - Na 3ª coluna cada um deverá reflectir e escrever, quais os aspectos positivos e as pessoas significativas nas suas vidas; - Cada pessoa partilha o que escreveu com os outros elementos de modo a que possam interagir entre elas; - Cada pessoa deverá preencher a 4ª coluna com estratégias que poderá utilizar perante uma situação stressante; - Resumo e avaliação da sessão; - Explicar as actividades a desenvolver na 3ª sessão. 	<p>Integração de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva</p> <p><u>Reestruturação Cognitiva</u> As intervenções desta técnica têm origem no trabalho desenvolvido por BECK, RUSH, SHAW & EMERY (1979). Os participantes são ensinados a identificar os pensamentos distorcidos, compreender o que é real e a corrigir os pensamentos distorcidos por outros adequados à realidade. Esta correcção permite aos participantes perceberem que na maioria das vezes havia uma sobrevalorização negativa de uma determinada situação, desvalorizando os seus recursos para ultrapassar situações stressoras.</p>	EESM
3ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior para situar as pessoas; - Cada pessoa deverá dar a conhecer as suas estratégias; - Discussão em grupo, acerca da pertinência e eficácia de cada uma dessas estratégias de forma reconhecerem vários pontos de vista; - Resumo e avaliação da sessão; - Explicar as actividades a desenvolver na 4ª sessão. 	<p>Integração de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva</p>	EESM
4ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior para situar as pessoas; - Cada pessoa sugere uma situação stressante e todos os doentes sugerem estratégias para a ultrapassar, determinando a sua eficácia, na tentativa de se chegar a um consenso; - Resumo e avaliação da sessão; - Explicar as actividades a desenvolver na 5ª sessão. 	<p>Integração de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva</p>	EESM
5ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior para situar as pessoas; - Cada pessoa deverá planear actividades para o futuro e partilhá-las com o grupo; - Na folha facultada na 1ª sessão, a pessoa deverá escrever como se sente neste momento, de modo a permitir a expressão escrita de sentimentos; - Efectuar a avaliação das diferentes sessões 	<p>Integração de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva</p>	EESM

Procedimentos

Aspectos éticos e legais

Foi pedida autorização ao Professor Doutor Adriano Vaz Serra para utilização da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung e a respectiva cotação, visto que foi ele em conjunto com outros autores que validou a escala para a população portuguesa, o qual gentilmente cedeu os respectivos instrumentos via e-mail.

Foi pedida autorização ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, para a elaboração do estudo, o qual respondeu positivamente.

Previamente ao início do estudo foi explicado aos participantes todo o contexto deste trabalho de forma adequada e inteligível. Foi explicado que os dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao desenvolvimento do trabalho e foi garantida a confidencialidade dos mesmos. Foi garantido ainda que a autorização dos participantes pode ser retirada em qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar aos mesmos. Os participantes concordaram, assinando o consentimento informado.

Foi aplicada Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung antes da realização das sessões (momento 1) e após a realização das mesmas (momento 2).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

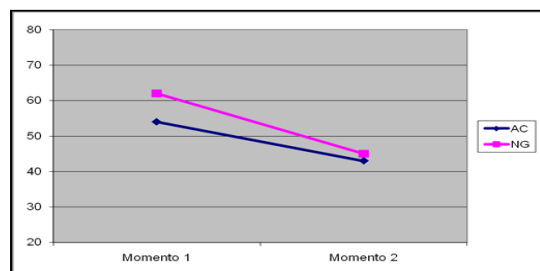
Após a realização das sessões verifica-se pela Tabela 4 que houve uma diminuição dos níveis de ansiedade entre o momento 1 e o momento 2, em que a AC e o NG obtiveram no momento 1, 54 e 62 pontos respectivamente, e no momento 2 a AC e o NG obtiveram 43 e 45 pontos respectivamente.

Quadro 4: Nível de ansiedade observado em AC e NG no momento 1 e momento 2

	Momento 1	Momento 2	Varição
AC	54	43	- 11 (13,75%)
NG	62	45	- 17 (21,25%)

O Gráfico 1 mostra a representação gráfica do nível de ansiedade observado em AC e NG no momento 1 e no momento 2.

Gráfico 1: Representação do nível de ansiedade observado em AC e NG no momento 1 e momento 2



Verifica-se que ambos os utentes diminuíram os seus níveis de ansiedade entre o momento 1 e o momento 2. No caso da AC diminuiu de 54 para 43, isto é diminuiu 11 pontos, ou seja 13,75% da intensidade inicial da ansiedade. No caso do NG diminuiu de 62 para 45, isto é, diminuiu 17 pontos ou seja, 21,25% da intensidade inicial da ansiedade.

De acordo com a cotação da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung, que considera para uma população normal uma pontuação inferior a 40, e para uma população doente uma pontuação igual ou superior a 40, ambos os utentes ainda mantiveram no momento 2 níveis de ansiedade considerados patológicos, embora muito próximos do limite que se considerariam mais adequados. Apesar dos níveis de ansiedade permanecerem patológicos verificou-se uma acentuada descida desses níveis.

Em ambos os utentes, além da diminuição dos níveis de ansiedade provada no momento 2, verificou-se que as suas posturas e comportamentos no decorrer do internamento foram compatíveis com essa diminuição.

Apesar de não ser possível uma generalização dos resultados, a constatação da diminuição dos níveis de ansiedade nestes dois utentes permite-nos afirmar que esta intervenção de enfermagem pode ser replicada para outros utentes com o Diagnóstico de Depressão.

CONCLUSÕES

Estas sessões permitem intervir ao nível do processo cognitivo, de modo a ajudar a pessoa a controlar os pensamentos negativos, controlo esse baseado na evidência, isto é, o objectivo é ajudar a pessoa a corrigir interpretações inadequadas da realidade, de modo a gerir de uma forma adequada o seu nível de Ansiedade. A pessoa, na posse de novas estratégias para gerir a Ansiedade estará melhor preparada para ultrapassar as dificuldades.

Em ambos os casos (AC e NG) verificou-se uma diminuição dos níveis de ansiedade, no entanto, em termos de diagnósticos CIPE o diagnóstico “ansiedade” mantém-se, ainda que a um nível de intensidade inferior.

Os resultados demonstram que esta intervenção diminuiu os níveis de ansiedade em ambos os casos, e considerando que não é necessário investimento das instituições em recursos financeiros e humanos para implementar esta intervenção, (sendo apenas necessária uma reorganização da equipa de enfermagem e das suas práticas) propomos que esta intervenção possa ser prolongada no tempo de modo a diminuir ainda mais o nível de ansiedade e que deva ser parametrizada no SAPE.

Considerando os resultados deste estudo e as competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental, pensamos que devem ser prescritas intervenções psicoterapêuticas nos internamentos de psiquiatria, com o objectivo de ajudar as pessoas com Depressão a gerir a sua ansiedade.

Os estudos exploratórios são caracterizados por frequentemente as suas conclusões gerarem hipóteses para pesquisas futuras (CERVO, BERVIAN, 1996), o que acontece neste estudo.

Pensamos que seria interessante, como linha de investigação futura, a realização de um estudo semelhante mas com uma amostra que permitisse generalizar os resultados, e assim, considerar esta intervenção como eficaz na gestão do sintoma ansiedade em utentes com Depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. L. P. (2006). Introdução à Psicopatologia Compreensiva. 4ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-3106-39-6;

Amaral, A. C. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-55-4;

Bauer, S. (2002). Da Ansiedade à Depressão – da psicofarmacologia à psicoterapia. São Paulo: Livro Pleno; Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press;

Bravo, M. P. C. & Eisman, L. B. (1998). Investigación Educativa. 3ª Edição. Sevilha: Ediciones Alfar;

Calmeiro, L., & Matos, M. (2004). Psicologia do Exercício e da Saúde. Tipografia Peres;

Cervo, A.L.; Bervian, P.A. (1996). Metodologia Científica. São Paulo: Makron Books. p. 209;

Clark, D. M., & Mcmanus, F. (2002). Information processing in social phobia. Biological Psychiatry;

Chabot, P. (2000). Cultive a sua Inteligência Emocional. 1ª Edição. Cascais: Editora Pergaminho;

Costa, M. R. de S., & Lana, A. (2001). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Um Diálogo com a Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed;

Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros;

Cordeiro, J. C. D. (2003). Psiquiatria Forense. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;

D'el Rei, G. J. F. & Montiel J. M. (2002). Estrutura e forma da consulta em terapia cognitivo-comportamental. Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão, Vol. 8 (2002), p. 280-286;

Graziani, P. (2005). Ansiedade e Perturbações da Ansiedade. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores;

Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. p. 105-117;

Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology;

Leite, S. M. C. (1999). Transtornos de Ansiedade: estratégias de intervenção. Rio de Janeiro: Esetec;

Merriam, S. (1998). Qualitative Research and Case Studies Applications in Education: Revised and Expanded from Case Study Research in Education. San Francisco: Jossey-Bass Publishers;

Ponciano, E., Serra, A. & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa – I. Resultados da aplicação numa amostra de população normal. Psiquiatria Clínica, 3, (4), 191-202;

Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. Bolema, 25, 105-132;

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª edição. São Paulo: Artmed;

Regulamento nº122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de 18 de Fevereiro. Diário da República II Série. Nº 35 (11-02-18), p. 8648-8653;

Regulamento nº129/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, de 18 de Fevereiro. Diário da República II Série. Nº 35 (11-02-18), p. 8669-8673;

Schopler, J.H. & Galinsk, M.J. (1993). Support groups as opens systems: A model for practice and research. Health & Social Work. 18, 195-207;

Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica – Do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra: Quarteto;

Spielberger, C. (1972). Anxiety as na emotional state. In Anxiety: Current trends in Theory and Research ed. Spielberger. Academic Press. New York;

Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage. Publications;

Stevens, J. O. (1997). *Tornar-se Presente*. Summus Editorial Ltda: São Paulo;

Wolpe, J. (1973). *The Practice of Behaviour Therapy*. London: Pergamon Press;

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. 2ª Edição. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

