



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATORIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na especialidade em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

David Valsera Paniagua

Lisboa, Dezembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATORIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na especialidade em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

David Valsera Paniagua

Sob a orientação da Professora Sarreira Santos

Lisboa, Dezembro de 2012

"Todo aquele que puder produzir novas paixões, novas ideias, resistirá. Os outros, os que se fixam nas velhas ideias, acabarão por sucumbir com a nova vida que eles próprios não permitiram que nascesse. "

D. H. Laurence

RESUMO

O objectivo deste relatório constitui o desenvolvimento de intervenções na área da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Foi realizada uma abordagem aos campos de estágio, assim como das actividades desenvolvidas de modo atingir os objectivos previamente delineados, foi também realizada uma análise crítica e reflexiva das mesmas.

Na intervenção directa com a população alvo dos meus cuidados, no Módulo I, inseri as intervenções breves como uma porta de entrada para a mudança comportamental. Por outro lado desenvolvi um estudo descritivo de carácter quantitativo que teve como objectivo principal identificar níveis de risco de dependência de álcool e outras substâncias psicoactivas, na população portadora de VIH/SIDA, tendo planificado a intervenção enquanto enfermeiro especialista.

Igualmente foram discutidos os dois grandes objectivos relacionados com os campos de estágio, o humor depressivo no adulto e aperfeiçoamento dos cuidados das pessoas portadoras de VIH/SIDA com comorbilidade de dependências. Foram apresentadas fontes teóricas em ambos os casos, tendo sido aplicada uma lógica de investigação/acção com a incorporação de pequenos estudos de cariz quantitativo.

No Módulo II e tendo como principal objectivo a intervenção no adulto com humor depressivo, desenvolvi actividades grupais relacionadas com auto-estima, acções de educação para a saúde, assim como intervenções individualizadas do foro relacional. Foram também desenvolvidas Sessões de Relaxamento segundo o Modelo Psicoterapêutico de Bernstein, sendo as mesmas avaliadas através de uma dinâmica de investigação/acção.

Palavras Chave: Intervenções breves, Depressão, Intervenção Grupal.

ABSTRACT

This paper is the document that will be object of evaluation for the attainment of masters' degree in the Speciality of Mental Health and Psychiatry.

The approach was made training fields as well as to the description of the developed activities that were developed with purpose of reaching the objectives previously established, and to the critical analysis and reflection of these.

This discussion revolved around two mains objectives related to the training fields, the depressive mood in adults, and the improvement of care people with HIV/AIDS with co-morbidity of other addictions.

Bibliographic sources were presented in both cases, had been applied a logic of research/action with the incorporation of small studies with an investigative nature and quantifying charisma.

In direct intervention with the target population of my care, in Module I, insert brief interventions as a gateway to behavioral change. On the other hand I developed a descriptive study of a quantitative character who's main objective was to identify risk levels of alcohol and other psychoactive substances, the population chosen.

In Module II, having as main objective the intervention in adults with depressive mood, group development activities related to self-esteem, awareness of health education, and individualized interventions of the relational mood. Were also developed relaxation session according to the psychotherapeutic model of Bernstein, which are then evaluated by a dynamic of action research

Key Words: briefs interventions, depression, support group intervention.

AGRADECIMENTOS

No decorrer da nossa vida existem momentos de viragem para situações muitas vezes desconhecidas, mas que segundo o meu ponto de vista nos dão a possibilidade de crescer enquanto pessoas e evidentemente enquanto profissionais. Sem dúvida um desses momentos foi a frequência do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, cursado no Instituto de Ciências da Saúde pertencente à Universidade Católica.

A concretização deste relatório não foi uma situação fortuita tendo-me influenciado um conjunto de situações, motivações pessoais e profissionais assim como circunstâncias casuais. Desta forma não quero deixar de agradecer a minha esposa, aos meus filhos assim como aos meus familiares e amigos mais próximos os conselhos, apoio, paciência, amizade com que me brindaram durante este período da minha vida.

À Enfermeira Alexandra Sarreira Santos, por todos os conhecimentos que me transmitiu, pela sua disponibilidade, sinceridade e frontalidade, um muito obrigado do fundo do coração.

Às Enfermeiras Ana Campos Reis e Paula Homem, com as quais aprendi não só como ser um verdadeiro Enfº Especialista mas também a essência da nossa profissão, a relação de ajuda, neste caso, ao doente com patologia psiquiátrica. Pela sua bondade, apoio e orientação estarei eternamente agradecido.

Aos meus colegas das equipas onde estagiei, vai o meu agradecimento sincero por me terem apoiado, acreditado e participado no meu projecto.

A minha família, agradeço todo o apoio e ajuda que me deram durante este período “Atribulado” da minha vida, pedindo perdão pelas muitas horas perdidas e momentos que não passamos juntos.

SIGLAS / ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

APA - American Psychological Association

ATA – Apartamentos terapeuticamente assistidos

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test

CAGE - Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener Questionnaire

CID 10 - Classificação internacional de doenças 10ª edição

COC – Cocainóides

CP II – Clínica Psiquiátrica II

DIAIBE - Direção de Apoio a Inserção e Bem Estar

ET – Equipa de Tratamento

EVA – Escala Visual Analógica

ICD 10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision

MMS – Mini Mental State

MMS – Mini Mental State

MOP – Opióides

OMS - Organização Mundial da Saúde

SIDA/Sida – Síndrome da Imunodeficiência Humana

STAI -Y - State-Trait Anxiety Inventory

THC – Canabinóides

VIH - Vírus da imunodeficiência humana

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	11
1 <u>COMPETÊNCIAS CREDITADAS (MÓDULO III)</u>	14
2 <u>DESENVOLVIMENTO E CONTEXTUALIZAÇÃO, MÓDULO I e II</u>	17
2.1 MÓDULO I – Psiquiatria Comunitária.....	24
2.1.1. <u>Caracterização do campo de estágio</u>	24
2.1.2. <u>Objectivos Propostos / Actividades Realizadas</u>	26
2.1.3. <u>Desenvolvimento e Análise Crítica de Actividades</u>	28
2.2 MÓDULO II – Unidade de Internamento Adulto em Crise.....	39
2.2.1. <u>Caracterização do campo de estágio</u>	39
2.2.2. <u>Objectivos Propostos / Actividades Realizadas</u>	40
2.2.3. <u>Desenvolvimento e Análise Crítica de Actividades</u>	41
3 <u>AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</u>	54
4 <u>CONCLUSÃO</u>	56
5 <u>BIBLIOGRAFIA</u>	59

ANEXOS

Anexo I – Recursos Humanos e descrição de DIAIBE	63
Anexo II – Inquérito utilizado no estudo de carácter investigativo no DIAIBE	79
Anexo III – Quadro resumo de testes de detecção de metabolitos na urina.....	87
Anexo IV – Quadro resumo de actividades desenvolvidas no DIAIBE	89
Anexo V – Acção de educação para a saúde, dirigido aos utentes do DIAIBE, sobre auto-medicação e malefícios do álcool.....	99
Anexo VI - Acção de educação para a saúde sobre Alcoolismo, dependências e redes de apoio (Ligação entre a Unidade de Alcoologia e o DIAIBE)...	114
Anexo VII - Avaliação formal da formação realizada no DIAIBE (dirigida aos técnicos), com elaboração estatística	138
Anexo VIII - Guia informativo dos diferentes níveis de tratamento realizados na Unidade de Alcoologia	141
Anexo IX - Reflexões individuais elaboradas no DIAIBE	147

Anexo X – Jogo terapêutico acerca da auto-estima	174
Anexo XI – Quadro avaliativo do jogo terapêutico auto-estima	182
Anexo XII – Acção de educação para a saúde sobre a Gripe A	185
Anexo XIII – Actividade terapêutica identificação de sentimentos	196
Anexo XIV – EVA, relacionada com a ansiedade	204
Anexo XV – Escala de avaliação de ansiedade de estado STAI Y	206
Anexo XVI – Folhas de registo de parâmetros antes e depois das sessões de relaxamento	208
Anexo XVII –Exemplo Modelo Psicoterapêutico de Bernstein, utilizado em sessões de relaxamento	218
Anexo XVIII – Quadro resumo dos dados obtidos durante as sessões de relaxamento segundo o Modelo Psicoterapêutico de Bernstein	230
Anexo XIX – Sessão de movimento utilizada na CP II.....	233
Anexo XX – Quadro resumo dos resultados obtidos com a EVA nas sessões de movimento	236
Anexo XXI – Estudo de Caso, desenvolvido na Unidade de Alcoologia	239

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resumo de testes para detecção de metabolitos na urina	35
Gráfico 2 – Risco por antecedente pessoal e hábito actuação	36
Gráfico 3 – Níveis de risco detectados pelos testes CAGE e AUDIT	36
Gráfico 4 – Avaliação da Tensão Arterial Sistólica no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)	47
Gráfico 5 – Avaliação da Tensão Arterial Diastólica no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)	48
Gráfico 6 – Avaliação da Frequência Cardíaca, avaliada em batimentos cardíacos por minuto no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)	49
Gráfico 7 – Avaliação do Valor de STAI Y no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)	49
Gráfico 8 – Avaliação da EVA no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)	50

Gráfico 9 – Avaliação da Tensão Arterial Sistólica no tempo 1.1 e 2.1 (antes das sessões 1 e 2 de relaxamento) e no tempo 1.2 e 2.2 (depois do relaxamento)	50
Gráfico 10 – Avaliação da Frequência Cardíaca no tempo 1.1 e 2.1 (antes das 1 e 2 sessões de relaxamento) e no tempo 1.2 e 2.2 (depois do relaxamento)	51
Gráfico 11 – Avaliação do valor de STAI Y no tempo 1.1 e 2.1 (antes das sessões 1 e 2 de relaxamento) e no tempo 1.2 e 2.2 (depois do relaxamento)	52

INTRODUÇÃO

A especialização na Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi sem dúvida o culminar de um prazeroso e árduo percurso pessoal e profissional, motivado pelo meu interesse nos problemas relacionados com a saúde mental.

É sem dúvida uma formação essencial no que diz respeito a um desenvolvimento mental saudável do ser humano, para compreender e agir perante situações de perturbação, crise ou doença mental. Nestes momentos o Enfermeiro é um pilar essencial no tão desejado equilíbrio mental, tanto no contexto hospitalar como em qualquer outro. Será nestes contextos que o patamar qualitativo de prestação de cuidados especializados do enfermeiro, faz toda a diferença.

No âmbito do curso de Mestrado de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi-me solicitado a elaboração do presente Relatório de Estágio, que teve como principal objectivo descrever analisar e reflectir as actividades desenvolvidas na Unidade Curricular Estágio. Foi utilizada uma reflexão contínua, construída, aprofundada e fundamentada, sobre o que representa ser enfermeiro especializado em saúde mental e psiquiátrica, quais os conhecimentos que foram necessários adquirir e quais as temáticas que se pretendia aprofundar.

Para cada um de nós, futuros enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, as experiências pessoais e profissionais foram sem dúvida vivenciadas e sentidas de forma diferente. Desta forma, estas experiências correspondem à variabilidade do que é ser pessoa e enfermeiro.

No desenvolvimento da minha experiência profissional, fundamentalmente no trabalho de internamento realizado na Unidade de Alcoologia, pertencente ao Instituto da Droga e Toxicodependência, durante estes últimos sete anos defrontei-me com diversos problemas associados a dependência de álcool ou outro tipo de substâncias psicoactivas. De todos os problemas considero que existem dois que especialmente chamaram a minha atenção por provocar problemas disfuncionais e destruturantes secundários muito graves, visto os mesmos estarem presentes proporcionalmente num grande número de utentes. Estes dois problemas estão directamente relacionados com os meus dois principais objectivos e aos campos de estágio seleccionados:

1. Doenças infecto-contagiosas e o estigma por elas provocadas, especialmente VIH/SIDA.
2. Humor depressivo no doente com dependências associadas.

Historicamente o VIH era um vírus associado a determinados grupos ou estratos da sociedade, segundo a sociedade bem definidos e em contextos específicos; actualmente falamos em comportamento de risco, podendo estes serem transversais a população em geral (André, 2005).

Mesmo sabendo que o importante será actuar perante estes comportamentos de risco e não na definição de grupos de maior vulnerabilidade, a realidade é que existe uma forte relação entre as dependências em geral e a infecção pelo VIH. Por outro lado julguei ser também de extrema importância para a minha formação o desenvolvimento de competências especializadas na área de intervenção do adulto com humor depressivo, a fim de conseguir conhecer e intervir adequadamente. Cuidar da pessoa com humor depressivo, tendo em conta a sua percepção da situação, respeitando a sua interpretação, orientando e fornecendo informação sobre a sua condição, para que aceite e compreenda o que é a sua doença e como pode lidar com ela. Desta forma aperceber-me-ei do significado que esta problemática tem para o indivíduo e a forma como a vive no seu contexto saúde/doença.

Esta experiência, dotou-me sem dúvida de competências que me facilitaram, no decurso do estágio e na minha actividade profissional presente e futura, prestar cuidados individualizados e especializados a pessoas com esta problemática, de modo fomentar a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida saudáveis e reforço dos mecanismos de “coping” adaptativos. Desta forma desenvolvi algumas das funções que Benner (2001) identificou como necessárias para a excelência na prestação de cuidados de Enfermagem: Função de Ajuda; Função de Educação e Orientação; Função de Diagnóstico e de Vigilância do Doente.

No presente relatório foi desenvolvida uma breve introdução aos campos de estágio, seguida da descrição e análise das actividades realizadas, de modo a atingir os objectivos traçados, o mesmo abrange de uma forma mais específica os Módulos I e II.

O primeiro Módulo decorreu no Centro de Santa Maria Madalena, pertencente à Direcção de Apoio a Inserção e Bem Estar (DIAIBE), dentro da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o segundo na Clínica Psiquiátrica II – CP II, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Polo Hospital Júlio de Matos, ambos com duração de 180 horas.

No Módulo III – Opção, foi-me concedida a creditação, depois de mais de sete anos, na prestação de cuidados, em serviços de internamento de doentes alcoólicos e com outras dependências associadas.

Finalizo o presente relatório com uma conclusão e a apresentação de algumas sugestões. As competências foram abordadas também na parte final do presente documento de forma a abranger os três Módulos.

Apenas de uma forma introdutória será relevante mencionar que foram desenvolvidos objectivos comuns em ambos os Módulos, assim como Objectivos Principais nos mesmos pertencentes ao Projecto de estágio, com competências próprias e aprovados pela entidade competente.

A norma utilizada ao longo deste documento foi a APA (American Psychological Association)

1 - COMPETÊNCIAS CREDITADAS (MÓDULO III)

Seguindo as directrizes formativas do Mestrado em Enfermagem, foi-me concedida a creditação do Módulo III, depois de mais de sete anos na prestação de cuidados num serviço de internamento vocacionado para o tratamento de doentes alcoólicos e com outras dependências associadas. Na Unidade de Alcoologia de Lisboa pertencente ao Instituto da Droga e Toxicodependência, adquiri e aprofundei determinadas competências enquanto enfermeiro e iniciei o caminho para outras inerentes ao enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A supracitada unidade tem sede no Parque de Saúde de Lisboa, ocupando as instalações do antigo Centro António Flores.

No rés-do-chão funciona a Consulta Externa. No primeiro andar funciona o Internamento, assim como os gabinetes e salas que dão apoio as actividades inerentes ao mesmo. No segundo andar há uma enfermaria para mulheres (5 camas) e quatro enfermarias para homens (20 camas) e outras salas de gestão de stocks.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, psicólogos, médicos (psiquiatria, saúde pública, saúde familiar), assistentes sociais, assistentes operacionais e pessoal administrativo.

Neste serviço estão colocados dez enfermeiros incluindo eu próprio que actualmente exerço funções de Enfermeiro Coordenador.

Os cuidados de enfermagem são prestados segundo o método de enfermeiro responsável, ou seja, o enfermeiro é responsável pela globalidade de cuidados aos doentes que lhe são atribuídos, tendo como linha orientadora o modelo teórico de Betty Newman.

Como enfermeiro neste serviço desempenhei e desempenho ainda as seguintes funções:

- Técnicas de intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em geral e na área de alcoologia em particular, nomeadamente:
 - o Treino de competências sociais em termos de expressão das emoções;
 - o Intervenção relacional terapêutica em processo individual, utilizando-se predominantemente a relação de ajuda, com recurso à técnica de

resolução de problemas, treino de assertividade e reestruturação cognitiva;

- Sessões psicoeducativas de educação para a saúde sobre o tratamento com antagonista e/ou agonista do álcool e outras substâncias psicoactivas. Nas mesmas são abordados os estilos de vida saudáveis, centradas na adesão terapêutica para clientes dependentes, tendo como objectivos:
 - o Fornecer aos clientes informação adequada sobre a doença e regime terapêutico;
 - o Esclarecer os possíveis efeitos secundários e falsos conceitos em relação a terapêutica;
 - o Estimular a tomada de consciência pelos clientes e as vantagens / desvantagens da "adesão ao regime terapêutico";
 - o Implementar/negociar estratégias de gestão do regime terapêutico.
- Entrevista de Enfermagem ao doente e família tendo como base a Entrevista motivacional;
- Sessões psicoterapêuticas de relaxamento, segundo adaptação do Modelo psicoterapêutico de Jacobson (Modelo de Bernstein), com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade;
- Realização de Consulta de Enfermagem pré-internamento;
- Acolhimento; entrevista clínica, observação e diagnóstico de situações de saúde mental, em clientes com problemas de dependência alcoólica e família;
- Jogos terapêuticos que têm como objectivo a facilitação da expressão verbal de emoções associadas ao seu processo individual de reabilitação e das estratégias encontradas para lidar com o seu problema de dependência, relatar situações de recaída e abordar temas relacionados com a saúde individual, a situação laboral, as relações interpessoais e familiares;
- Sessões psicoeducativas de educação para a saúde que pretendem informar sobre consequências da dependência ao nível orgânico, psicológico, familiar e no meio laboral e social, assim como outras temáticas enquadradas na recuperação do utente com dependência associada;

- Reuniões de família, realizadas para a família/pessoa de referência sobre o projecto terapêutico, no que respeita às suas implicações e conceitos básicos relacionados com as dependências;
- Funções inerentes ao meu papel como Enfermeiro Coordenador do Internamento da Unidade de Alcoologia.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve, assim, promover as suas competências segundo os padrões aprovados pela Ordem dos Enfermeiros e que foram publicados no Diário da República – II Série Nº 35, de 18 de Fevereiro de 2011, e que seguidamente se enumeram:

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

d) Presta cuidados 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”.

Após a descrição das competências do Enfermeiro Especialista e tendo como base que o seu desenvolvimento deve ser acompanhado por uma reflexão das práticas clínicas (Jack, 2008), este também deve decorrer em paralelo com o incremento do autoconhecimento e o desenvolvimento de competências para maior segurança e conforto no estabelecimento de uma relação terapêutica.

É a minha convicção que este percurso deverá ter contribuído para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem especializadas, com qualidade, baseadas em evidência científica, de acordo com as competências inerentes ao conteúdo funcional do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

2 - DESENVOLVIMENTO E CONTEXTUALIZAÇÃO – Módulo I e Módulo II

Como já foi referenciado, o VIH é um vírus historicamente associado a determinados grupos ou estratos da sociedade, segundo a população, bem definidos e em contextos específicos. Actualmente a nossa abordagem focalizasse nos comportamentos de risco e enquanto Enfermeiro considero que será fulcral actuar perante os mesmos e não na definição de grupos de maior vulnerabilidade. De qualquer forma não podemos obviar que ainda hoje existe uma forte relação entre as dependências em geral e a infecção pelo VIH.

Durante o período inicial de integração na DIAIBE – Centro de Santa Maria Madalena, percebi que o momento da toma observada poderia ser crucial para uma intervenção baseada na relação de ajuda de forma estabelecer nesse momento, através das intervenções breves, pequenas mudanças comportamentais nas pessoas alvo dos meus cuidados.

O contacto com pessoas infectadas pelo VIH/SIDA com antecedentes de consumos de substâncias psico-activas e/ou álcool frequentadores da resposta “Toma Observada” do Centro de Santa Maria Madalena, foi sem dúvida uma realidade presente no decorrer do Módulo I.

Quando falamos de toma observada, existe um conceito implícito e extremamente importante, a adesão terapêutica. Segundo Dumbar Jacob et al. (1996) citado por André (2005) existem 4 categorias de factores associados à não adesão terapêutica:

- As características do doente;
- As características da doença e do regime terapêutico;
- As características da relação terapêutica doente-prestador de cuidados;
- As características da organização e do sistema de saúde.

Pelas razões anteriormente mencionadas considero um grande desafio as intervenções breves neste tipo de utentes. Conseguir uma mudança significativa a nível comportamental, torna-se uma meta complexa mas não inviável.

Neste contexto será importante reflectir sobre uma afirmação de Quilliam:

“...um doente difícil é por definição aquele com quem sentimos dificuldades.”
(Quilliam, 1993, p. 28)

Na nossa prática diária referimos as dificuldades que sentimos para cuidar de um determinado doente, mas estas dificuldades podem ser provocadas por diversos factores alheios ao próprio doente, sendo originárias de lacunas pessoais. Assim Quilliam explica o seu ciclo comportamental quando refere:

“... ameaçados por nós os doentes reagem com síndrome de doente difícil; ameaçados por eles nós reagimos com a síndrome de dificuldade profissional.”
(Quilliam, 1993, p. 28)

Como já foi mencionado na intervenção directa com a população alvo dos meus cuidados no módulo I, considereei importante inserir as intervenções breves na área do alcoolismo e toxicodependência. As intervenções breves não devem ser confundidas com terapias breves, mas as duas formas de técnicas de curta duração devem ser entendidas como partes de um continuum de cuidados. As principais diferenças entre intervenções breves e terapias breves estão relacionadas com a amplitude das metas de tratamento. As intervenções breves objectivam, primariamente, detectar o problema e motivar o paciente a alcançar determinadas acções, como por exemplo, iniciar um tratamento ou, ainda, melhorar o seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de substâncias, por meio de um aumento do seu senso de risco e de auto-cuidado. As psicoterapias breves têm objectivos mais amplos, tais como obter mudanças mais profundas e persistentes de padrões de reacção emocional ou comportamental, a manutenção de abstinência ou a habilidade de desenvolver estratégias para lidar com o stress e situações de risco intrínsecas e extrínsecas (Ferreira Borges & Cunha Filho, 2007).

Para concluir a justificação e enquadramento deste módulo no meu contexto formativo será importante referir que umas das acções prioritárias no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 são as estratégias de *Abordagem à Gestão Integrada da Doença – Infecção por VIH e Sida e Mudança Centrada no Cidadão – Comportamentos e Estilos de Vida Saudáveis*

A justificação teórica prática para a escolha do segundo Módulo Na Clínica Psiquiátrica II, está relacionada com o interesse por esta área de intervenção na crise. Ao cuidar de pessoas com dependência de álcool, constatei de forma empírica, que a prevalência e incidência da depressão é elevada, quer seja prévia à dependência, quer após a recuperação, o que me leva a querer saber mais sobre o funcionamento e intervenção nesta problemática. A OMS no Relatório Mundial da Saúde 2001 refere que:

- A depressão grave é, nos dias de hoje, a principal causa de incapacidade em todo o mundo e de entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial, ocupa a quarta posição. O que representa um crescente custo em termos de sofrimento humano, incapacidade e perda económica.

- As perturbações depressivas unipolares ocupam o quarto lugar entre todas as doenças que originam mais encargos, sendo responsável por 4,4% do total de anos de vida ajustados para incapacidade e a principal causa de anos de vida vividos com incapacidade com 11,9% do total.

- A depressão será a segunda causa de anos de vida ajustados para incapacidade perdidos em 2020, representando 5,7%, se a tendência crescente se mantiver.

- A depressão em 20% dos casos evolui para a cronicidade, sobretudo quando não há tratamento adequado ou disponível. Os indivíduos que superam o primeiro episódio depressivo têm 35% de probabilidade de ter novo episódio no espaço de 2 anos e de 60% no espaço de 12 anos. Sendo que a taxa de recorrência é mais elevada nos indivíduos com mais de 45 anos. O suicídio é um dos resultados evitáveis da depressão, cerca de 15 a 20% das pessoas com depressão cometem-no.

Em Portugal a depressão afecta 20% da população portuguesa. Segundo o Plano Nacional de Acção 2007-2016, de entre as pessoas com patologias psiquiátricas, as perturbações depressivas estão presentes em 21,5% das consultas em ambulatório, 4,4% dos internamentos e 20,2% das idas ao serviço de urgência. Estando associada à perda de 850 mil vidas por ano, mais de 1200 mortes, segundo o Ministério da Saúde (2008).

A depressão surge associada a outras patologias (Ballone, 2005):

- Físicas - doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, cancro, doenças de Parkinson, doença de Alzheimer e diabetes;
- Psiquiátricas: somatizações (90%), stress pós-traumática (66%), pânico (50%), transtornos ansiosos (46%), transtornos obsessivo-compulsivos (43%).

A fase do ciclo vital escolhida foi a fase adulta dado que o primeiro episódio depressivo ocorre entre os 20 e os 50 anos, em 50% dos casos, sendo a média de idades de 40 anos (Kaplan,1997).

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016) definiu, a promoção a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias.

Segundo o mesmo Plano, os serviços comunitários são mais efectivos e preferidos pelos utentes e suas famílias, comparativamente com os serviços hospitalares. Também é na comunidade que se encontra um maior número de utentes (sadios ou com patologia: em crise ou estabilizados).

Não entanto, foi escolhido um serviço de internamento de agudos (Clínica Psiquiátrica II – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa), como primeiro passo no percurso da longa caminhada profissional que será “O adulto deprimido em crise”, tentando promover conhecimentos e competências do domínio do Enfermeiro Especialista, não só no contexto de Estágio, como no meu contexto laboral (Unidade de Alcoologia – Unidade de Internamento).

Perante a conjuntura, julgo ser de extrema importância para a minha formação o desenvolvimento de competências especializadas nesta área, a fim de conseguir conhecer e intervir adequadamente. Cuidar da pessoa depressiva, tendo em conta a sua percepção da situação, respeitando a sua interpretação, orientando e fornecendo informação sobre a sua condição, para que aceite e compreenda o que é a sua doença e como pode lidar com ela. Desta forma aperceber-me-ei do significado que esta problemática tem para o indivíduo e a forma como a vive no seu contexto saúde/doença.

No contexto de ambos os Módulos considero a intervenção grupal como um elemento facilitador na Relação de Ajuda estabelecida com os utentes. Dentro da intervenção

grupal podemos diferenciar diversas actividades entre as quais estão as actividades lúdico-terapêuticas. Os jogos terapêuticos, de acordo com Brandes & Phillips (2006), proporcionam a verdadeira comunicação. Os autores prosseguem afirmando que ao auxiliar as pessoas a descontraírem em grupos, os jogos são promotores e incentivadores da comunicação inter-pessoal, particularmente nas pessoas mais tímidas, as quais necessitam de serem estimuladas para comunicar e interagir com os demais. Não obstante, o recurso a jogos terapêuticos é susceptível de diminuir e mesmo eliminar sentimentos de hostilidade, removendo, por conseguinte, barreiras indesejáveis. (Brandes & Phillips, 2006)

Os autores supracitados referem ainda que a utilização deste tipo de jogos é, de todo, benéfica enquanto terapêutica, na medida em que permite que as pessoas descontraíam enquanto se desenvolve um trabalho de grupo, o qual tem como intuito clarificar determinados conceitos e/ou ideias relativas à temática patente no jogo em curso, de forma a reforçar e/ou acrescentar ideias através da analogia.

Segundo Santoni (2007), o objectivo fulcral dos jogos terapêuticos consiste em proporcionar, aos membros do grupo, uma experiência particular de aprendizagem, na medida em que os jogos promovem um nível base de estimulação suficiente para activar os processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, estimulando, por conseguinte, a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os demais.

Para além do que foi mencionado anteriormente, segundo Brandes & Phillips (2006), os jogos terapêuticos apresentam também a vantagem de estimular o desenvolvimento da capacidade crítica e do “insight”, de uma forma inovadora, promovendo, por conseguinte, um sentimento de satisfação no grupo, o qual, por sua vez, é potenciador de um maior desenvolvimento do sentido de coesão grupal, assim como uma atmosfera aberta, na qual se torna possível a partilha entre os elementos do grupo.

Assim sendo, os grupos terapêuticos possuem a capacidade de influenciar a forma pela qual aprendemos, sendo que o processo de aprendizagem é facilitado no seio de um grupo, na medida em que a experiência do grupo actua *"sobre nós de tal modo que*

chega a modificar os nossos hábitos de vida, de trabalho e ainda os nossos objectives de vida" (Santoni, 2007, p.121). O autor prossegue afirmando que a auto-estima de uma pessoa aumenta quando surge uma identificação com os demais, sendo que os grupos funcionam ainda como uma rede de apoio, da qual todos nós precisamos. No entanto, não é função do grupo fornecer soluções aos problemas que surgem, mas sim despertar nas pessoas a consciência de que os mesmos existem, são reais, incutindo na pessoa a noção que ela é a única que pode enfrentá-los e encontrar estratégias para solucionar os mesmos. Nestes casos, o animador deve esclarecer as situações, promover uma interiorização por parte da pessoa, despertar a solidariedade grupal, assim como promover um ambiente de compreensão e aceitação mútua, para que cada pessoa, individualmente, encontre respostas positivas de valorização e aceitação pessoal, no caso do jogo da auto-estima (Fritzen, 2007).

No pensamento de Santoni (2007), a realização de jogos terapêuticos deve ser dirigida para a concretização de dois objectivos primordiais, nomeadamente consentir o desenvolvimento do jogo e facilitar o contacto com as temáticas exploradas durante o jogo. Para tal, deve-se criar, de antemão, um ambiente favorável, com o intuito de promover uma diminuição das defesas pessoais e uma maior tomada de consciência. Assim sendo, subentende-se que o jogo terapêutico possibilita trabalhar e estimular três dimensões do funcionamento psicológico humano, sendo estas as dimensões emotivo-afectiva, cognitiva e experiencial.

De acordo com Mosquera & Stobäus (2006), a auto-imagem surge aquando da interacção da pessoa com o seu contexto social, o qual pode ser caracterizado como a consequência das relações estabelecidas com os outros e consigo próprio. Neste sentido, a auto-imagem surge como o (re) conhecimento que a pessoa tem de si mesma, como se vê, como encara os seus sentimentos, potencialidades, atitudes e ideias. Em suma, traduz a ideia, mais realista possível, que a pessoa faz de si própria. Por outro lado, a auto-estima refere-se, essencialmente, a auto-apreciação, ao amor-próprio. Ou seja, a auto-estima consiste no conjunto das atitudes que cada pessoa tem sobre si mesma, uma percepção avaliativa sobre si próprio, uma maneira de ser, segundo a qual a própria pessoa tem ideias sobre si, as quais podem ser de cariz positivo ou negativo.

A auto-estima é parte integrante da personalidade, sendo que a avaliação que cada pessoa faz de si própria determina como será conduzida a vida, os objectivos e a solução de problemas. Para o desenvolvimento da auto-estima, é, de todo, necessário que a pessoa defina, primeiramente, o que é. Uma vez definida a sua identidade, é natural que seja formada uma auto-imagem ou seja, uma visão geral de como é e a forma como os outros a vêem, sendo que ambos os conceitos encontram-se interligados em todos os momentos da vida.

Na ausência de uma auto-estima positiva, o crescimento e amadurecimento psicológico fica comprometido, sendo que uma auto-estima positiva funciona como se, na realidade, fosse o sistema imunológico da consciência, na medida em que fornece resistência, força e capacidade de regeneração. Quando, pelo contrário, a pessoa tem uma auto-estima reduzida, a sua resistência e capacidade de resiliência, perante situações adversas e inesperadas, diminuem, tornando a pessoa mais influenciável e vulnerável ao sofrimento e à dor. (Mosquera & Stobäus, 2006).

Com uma auto-estima elevada é mais provável que a pessoa tenha maior capacidade em persistir perante as dificuldades. Pelo contrário, uma pessoa com baixa auto-estima tem maior tendência a desistir ou a acomodar-se perante situações adversas. O valor de uma auto-estima positiva não reside apenas no facto desta permitir que a pessoa se sinta melhor consigo mesma, mas também no facto de permitir que a pessoa viva melhor, respondendo aos desafios e às oportunidades de forma adequada e assertiva.

Para além das actividades relacionadas com o humor depressivo e a auto-estima, outra das actividades centrais no Modulo II foi o Relaxamento segundo o Modelo Psicoterapêutico de Bernstein (Adaptação de Modelo Psicoterapêutico de Jacobson).

Segundo Payne (2000), algumas das patologias que poderão usufruir da realização de sessões de relaxamento segundo o Modelo de Jacobson, são:

- Ansiedade
- Pânico
- Depressão
- Dependências de substancias, como tabaco, álcool e Benzodiazepinas,
- Perturbações alimentares
- Insónia, etc.

Assim considero que tanto a realização de sessões de relaxamento, como as actividades individuais e grupais desenvolvidas, foram potencialmente terapêutica para os utentes que encontrei numa unidade de internamento psiquiátrico, podendo reduzir os níveis de ansiedade dos mesmos, associados a um internamento hospitalar psiquiátrico em fase aguda.

2.1 MODULO I – PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

Este estágio foi desenvolvido no Centro de Santa Maria Madalena, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa denominado Direcção de Apoio a Inserção e Bem Estar, teve a duração de dois meses e meio, decorridos entre 21 de Abril até 20 de Junho de 2009. O mesmo visou a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, Diagnóstico e Prevenção.

2.1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A Direcção de Apoio à Problemática do VIH/SIDA - DIAPVIH/S, é o Serviço da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que tem por missão proceder à gestão das valências de apoio técnico e instrumental no âmbito dos cuidados extra hospitalares para indivíduos e famílias infectados e afectados pelo VIH, com base na evolução social desta problemática. Tem por finalidade a promoção da qualidade de vida e a integração na comunidade dos doentes e portadores de VIH que se encontrem em situação social, familiar e económica precária e que residam na Cidade de Lisboa.

As principais atribuições são:

- § Organizar e desenvolver o acompanhamento aos indivíduos infectados pelo VIH/SIDA desinseridos socialmente;
- § Integrar social e profissionalmente estes utentes, recuperar as relações inter-pessoais destes com a sua rede social de apoio;
- § Promover acções de formação no âmbito da educação para a saúde, na prevenção da doença e na promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade;
- § Desenvolver a integração com todos os serviços da Santa Casa e a articulação com os organismos da comunidade de forma a proporcionar aos utentes condições bio-psico-socio-culturais e espirituais dignas.

Esta Unidade tem uma excelente rede de referênciação, existente em Hospitais, Clínicas, Centros de Saúde, de Diagnóstico e Terapêutica.

Os recursos humanos são multi-disciplinares e extensos (Anexo I)

No âmbito dos Recursos Humanos, esta Direcção implementou critérios em relação a uma bolsa de candidatos a quem dirige acções de formação e informação sobre a Instituição, o Serviço e a problemática.

Este Serviço assume a formação como suporte fundamental na preparação dos profissionais das diversas áreas de apoio a pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Privilegia as acções de formação desenvolvidas no contexto da Instituição, em colaboração com o Gabinete de Formação da Direcção de Recursos Humanos e/ou outras Instituições.

Colabora também na formação de profissionais de outras Instituições, como Hospitais e Misericórdias, assim como na formação universitária e sócio-profissional.

A Direcção dispõe ainda do «Espaço Clique Solidário», aberto a todos os interessados em adquirir competências básicas em informática. Possibilita-se assim a utilização de computadores e Internet, com apoio de uma formadora, aos utentes do serviço e a outras pessoas da comunidade que estejam interessadas nesta área de desenvolvimento

O Centro de Santa Maria Madalena, onde desenvolvi as actividades inerentes ao Módulo I, integrando as seguintes valências:

Acompanhamento e Vigilância Terapêutica. Esta resposta funciona em interacção com todos os serviços da Santa Casa e com a comunidade, tais como, Centros de Saúde, Hospitais, ET's entre outros. Privilegia o acompanhamento psicossocial dos utentes, desenvolvendo para o efeito as seguintes actividades:

§ *Acompanhamento na Adesão Terapêutica.* Tem como principal objectivo acolher, orientar, acompanhar e encaminhar os utentes para outros recursos do serviço, da instituição e da comunidade e proceder à vigilância e fornecimento de medicação, especificamente na prevenção e tratamento das doenças oportunistas, em articulação com os serviços clínicos e sociais, como forma de promover a qualidade de vida dos utentes.

- § *Toma Observada.* Tem como objectivo o acompanhamento terapêutico através de toma observada directamente, fornecimento de medicação e articulação com os serviços clínicos e sociais de forma a promover a qualidade de vida do utente.
- § *Apartamentos Assistidos.* Visam garantir a satisfação das necessidades humanas básicas dos utentes, através de acompanhamento terapêutico, apoio domiciliário, apoio na gestão da partilha de habitação e na organização do espaço e das actividades de vida diária, como forma de minimizar as suas dificuldades de integração na comunidade. Actualmente com um total de 48 utentes.
- § *Centro de Dia.* Tem como objectivo proporcionar um espaço de convívio, garantindo a satisfação das necessidades humanas básicas e o acompanhamento terapêutico, organizando e motivando os indivíduos a descobrirem interesses e capacidades.
- § *Apoio Domiciliário.* Prestação de cuidados aos utentes em suas casas, incluindo as actividades de vida diária (AVD), higiene e conforto, alimentação, bem como a vigilância terapêutica e os cuidados directos de carácter físico e apoio psicossocial, funcionando como uma alternativa ao internamento prolongado.

Dentro do Apoio Residencial DIAIBE dispõe de duas residências que têm como objectivo geral organizar e desenvolver a assistência a indivíduos e famílias com VIH/SIDA, desfavorecidos de meio social, familiar e económico, e que tenham dificuldades em organizar a sua vida por diversas razões, proporcionando-lhes uma qualidade de vida compatível com a maior longevidade dos indivíduos afectados.

- Residência Santa Rita de Cássia
- Residência Madre Teresa de Calcutá

2.1.2 OBJECTIVOS PROPOSTOS / ACTIVIDADE REALIZADAS

Na elaboração do Projecto de Estágio, tracei objectivos comuns aos dois estágios assim como objectivos específicos e considerados principais, nos respectivos Módulos. No Módulo I o objectivo foi o seguinte:

Desenvolver competências da prática clínica na área especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, especificamente, na prestação de cuidados ao adulto portador de VIH/SIDA.

Será importante considerar que dentro deste grande objectivo foram estabelecidos outros objectivos específicos que visaram a concretização do mesmo. Estes são:

Analisar a população pertencente a “toma assistida” e correlacionar a sua adesão terapêutica com os seus hábitos tóxicos e/ou alcoólicos.

ACTIVIDADES:

- Identificação dos indivíduos pertencentes ao programa de “Toma Assistida” do Centro de Santa Maria Madalena;
- Identificação e compreensão da relação existente entre a adesão terapêutica à medicação anti-retroviral e as possíveis dependências associadas (álcool ou outro tipo de drogas);
- Análise e consulta de processos clínicos e de enfermagem para conseguir identificar a relação anteriormente mencionada;
- Avaliação do nível cognitivo e intelectual de cada indivíduo (aplicação do Mini Mental Test);
- Monitorização dos níveis de Adesão Terapêutica;
- Aplicação de entrevistas sempre que necessário;
- Aplicação de testes como CAGE ou Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT) quando necessário para a avaliação do grau de dependência de álcool;
- Apresentação das interpretações realizadas no contexto específico e apenas para a população alvo.

Intervir nas pessoas com comorbilidade VIH/dependências, de forma a promover a adesão terapêutica

ACTIVIDADES:

- Acções de educação para a saúde que desenvolvam as competências pessoais de reconhecimento da doença, reabilitação e prevenção de recaída nos utentes do Centro;
- Acções de educação para a saúde que desenvolvam as competências profissionais de reabilitação, tratamento e prevenção de recaída na equipa multidisciplinar do Centro;
- Aplicação de intervenções breves na área das dependências, que promovam estilos de vida saudáveis.

2.1.3 – DESENVOLVIMENTO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES

De forma a clarificar o desenvolvimento do estágio acima referido, será fundamental referir que as actividades de carácter investigativo, foram realizadas em colaboração com um aluno de Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária.

No decorrer do acima referido mestrado e respondendo a uma necessidade sentida ao longo de duas carreira, optámos por iniciar o nosso percurso na complexidade das especialidade em enfermagem, mais concretamente na especialização em Enfermagem Comunitária e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a primeira visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades em todo o seu ciclo de vida, e a segunda o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada à pessoa com problemas de saúde mental e é especialmente dirigido para a promoção da saúde e adaptação aos processos de saúde e doença em qualquer fase do ciclo de vida, sendo que ambas percorrem transversalmente todas as fases da vida do ser humano sendo fundamental a sua articulação e o envolvimento com outros sectores e áreas.

Pelas áreas do meu desenvolvimento profissional foi-me oportuno desenvolver o primeiro estágio, sendo este de diagnóstico da situação, junto da DIAIBE. Este serviço, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, dedicou-se ao longo dos últimos 20 anos ao compromisso para com os utentes da instituição afectados pelo VIH, acompanhou a evolução da saúde e da acção social e trabalhou de forma exaustiva os

cuidados extra-hospitalares, acompanhamento e adesão terapêutica e reinserção dos indivíduos na sociedade e a tudo o que lhe é inerente. Neste módulo específico foi realizado um diagnóstico de comportamentos através dos seus antecedentes e actuais consumos de substâncias psico-activas incluindo o álcool.

A definição da população a estudar foi acordada entre a responsável do estágio no terreno e os estagiários implicados sendo que após o levantamento de diagnóstico de situação do serviço se optou pelo grupo específico dos Apartamentos Terapeuticamente Assistidos (ATA), pelas mais diversas razões, por se tratar de um grupo com uma autonomia média, estando no seu processo de reinserção social, ainda dependentes da instituição e por apresentar uma elevada taxa de hábitos de toxicodependência, cerca de 51.4% em 37 indivíduos e com hábitos de alcoolismo, cerca de 16,2% em 37 indivíduos (Relatório anual de actividades do DIAIBE 2007). Além de que se trata de um grupo de fácil estudo, sendo que frequenta o Centro de Santa Maria Madalena diariamente, existe facilidade na consulta dos processos, na comunicação com os indivíduos, na observação dos mesmos e das suas actividades de vida diárias e na aquisição de material para despiste de drogas/álcool nos utentes, o que é rotina do centro e faz parte do regulamento dos ATA instituído pelo centro, o qual conhecem na perfeição.

Para a realização do diagnóstico de risco desta situação definimos o seguinte Objectivo Geral, *intervir no âmbito da Enfermagem Comunitária e Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica para a assistência de enfermagem avançada a grupos específicos*, e como Objectivo Específico, identificar os indivíduos institucionalizados em Apartamento Terapeuticamente Assistido integrados no Centro de Santa Maria Madalena que mantêm e/ou apresentam risco de hábitos de toxicodependência e alcoolismo.

Como actividades foram definidas, consulta dos processos individuais, aplicação de entrevistas (Anexo II), aplicação de testes para despiste de drogas/álcool nos indivíduos (testes de urina, AUDIT, CAGE e MMS), avaliação e gestão de recursos humanos, materiais e estruturais para o despiste de drogas/álcool nos indivíduos, identificação dos indivíduos de risco, apresentação dos resultados, e gestão dos recursos (humanos, materiais e estruturais) necessários para atingir as actividades atrás planeadas.

Considerando que a população total em apartamentos terapêuticamente assistidos é de 41 pessoas, o nosso objectivo foi abranger a mesma, não utilizando técnicas de

amostragem. No decorrer do estágio foi percepcionado que estavam envolvidas duas crianças e um indivíduo que não frequentava o Centro de Santa Maria Madalena, desta forma estes três elementos não interviam no âmbito do nosso estudo. Outro dos elementos, não participou por recusa, considerando que não existia obrigatoriedade para colaboração no projecto. O total da amostra é de 37 utentes.

Relativamente à metodologia trata-se de um estudo descritivo de carácter quantitativo.

Uma das fases fundamentais na aplicação de qualquer inquérito é a realização do pré-teste, visto detectar problemas aos diferentes níveis respectivamente à entrevista realizada (Fortin, 1999). Foram realizados 5 inquéritos com aplicação dos respectivos testes associados, mas logo nos primeiros três foi percepcionado que entre o CAGE e o AUDIT (testes específicos de detecção do risco de dependência de álcool) seria importante fazer perguntas mais abrangentes sobre o consumo, como “Actualmente consome álcool?” e “Qual é o seu padrão de consumo habitual?”, desta forma, sendo a maior parte dos indivíduos inqueridos consumidores de álcool, era uma “porta de entrada” para o reconhecimento do consumo e para as respostas nos inquéritos serem mais fidedignas. Quando aplicamos estas perguntas no 4º e 5º pré-teste conseguimos identificar uma maior aceitação sobre os consumos de álcool fundamentalmente no AUDIT.

Relativamente à estruturação do próprio questionário (Anexo II), foi decidido que faria sentido começar pelos consumos de outras substâncias psico-activas, encerrar a temática e continuar com os consumos de álcool, questões que estavam misturadas e de alguma forma sem um seguimento lógico.

Optou-se pela utilização de um código para identificação dos indivíduos, sendo este o número de processo do utente.

Considerando que na entrada dos indivíduos nos ATA se efectua um contrato entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o próprio e que nele está contemplada a realização dos testes de detecção de drogas na urina (Cocaína, heroína e cannabinoides) assim como o álcool teste, é uma realidade aceite naturalmente e a qual pode implicar a aceitação e/ou manutenção do indivíduo no apartamento, desta forma consideramos que a população alvo do nosso estudo conseguiu compreender a nossa abordagem terapêutica.

Será importante realçar que foram realizados 5 pré-testes e as alterações foram efectuadas após a realização dos três primeiros, não tendo sido alterados os dois últimos.

Respectivamente às dificuldades apresentadas pelos utentes na realização do inquérito e dos testes, estes não verbalizaram ou apresentaram dificuldades. Curiosamente um dos testes realizados foi propositadamente efectuado a um utente que apresenta algumas dificuldades cognitivas, para além de afasia de expressão. Neste caso não só conseguimos realizar a entrevista, como também o CAGE, AUDIT e MMS, não verificando neste último a suposta deficiência cognitiva.

A metodologia utilizada no nosso estudo é uma primeira fase de entrevista estruturada. Foi fundamental uma folha de rosto prévia que explica o objectivo principal para a realização da entrevista e dos testes associados à mesma. Na parte introdutória são levantados alguns dados biográficos. Sendo estes antecedentes pessoais, hospitais de seguimento, situação laboral, método de contágio e escolaridade.

Seguidamente foi feito um levantamento dos utentes, assim como dos comportamentos aditivos, construindo-se um quadro de resultados dos testes de detecção de drogas na urina, sendo importante referenciar que decidimos realizar 2 testes a todos os utentes inqueridos (substâncias psicoactivas – Heroína, cocaína, cannabinoides e álcool), realizando um terceiro teste aos utentes que apresentaram resultados positivos nos anteriores. Seguidamente construiu-se um outro quadro resumo do consumo das diferentes substâncias psico-activas (Anexo III).

Após a rerealização destes testes de metabolitos, é abordada a problemática do álcool, iniciada com a aplicação do CAGE e seguido por duas perguntas de aceitação ou não da toma de álcool:

“Qual o padrão habitual de consumo?” e “Actualmente consome álcool?”.

Seguidamente é aplicado o teste AUDIT, para detecção de risco de dependência de álcool.

Introduzindo agora os testes utilizados no Projecto, o CAGE, segundo Ewing (1984), é um questionário constituído por quatro questões dicotómicas (sim/não) e foi elaborado para identificar os indivíduos que possam ter uma perturbação devido ao uso do álcool.

Por ser breve, de rápida aplicação, permite uma melhor implementação nos cuidados de saúde que necessitam realizar este tipo de rastreio para providenciar os dados adequados. As três primeiras questões abordam aspectos subjectivos da relação com o álcool e a última questão explora aspectos relacionados com a abstinência. Além destas perguntas podem ser feitas perguntas complementares, para aferir os consumos e até outras perguntas que o indivíduo não considere discriminatórias como identificação, hábitos alimentares, uso de medicamentos, etc.)

Quanto aos resultados uma única resposta positiva já constitui motivo para que se investigue de forma mais detalhada a situação, considerando que seria uma intervenção nível II (educação + orientação), duas ou mais perguntas afirmativas indicam uma provável dependência alcoólica, intervenção nível III e IV dependendo da situação (educação + orientação + aconselhamento + encaminhamento para especialista se necessário). Quando o resultado não tiver uma única resposta afirmativa a intervenção preconizada será nível I (educação).

A sensibilidade deste teste pode ser menor que outros como o AUDIT, dependendo dos contextos esta pode variar entre o 60% e 90%. Aplicados a utentes internados o CAGE mostrou bons índices de sensibilidade e especificidade (Ferreira Borges & Cunha Filho, 2007).

Um dos maiores problemas do teste descrito é não incidir no padrão actual de consumo do utente, factor fundamental que pode ser indicador de pessoas em estágios iniciais de consumos problemáticos.

Uma forma de aumentar a sensibilidade do CAGE para níveis óptimos segundo Ferreira Borges & Cunha Filho (2007) passa por acrescentar duas perguntas, “Já teve problemas relacionados com o uso de álcool?” e “Bebeu nas ultimas 24 horas?”

Qualquer pergunta relacionada com o padrão de consumo deverá ser realizada após a aplicação dos teste, para não influenciar o resultado do mesmo.

O segundo teste utilizado, AUDIT (Babor et al., 2001) é um teste que identifica perturbações relacionadas com o uso de álcool, constituído por dez questões, elaborado de uma forma a medir diversas dimensões do consumo de álcool do indivíduo, sendo que para cada questão existe uma escala nominal que gradua a resposta. A soma destas

parcelas define o resultado final do teste , que pode variar de 0 a 40 (Anexo II). Foi desenvolvido no contexto de um projecto da Organização Mundial da Saúde, que elaborou as intervenções breves inerentes aos resultados obtidos. As questões abordam três domínios comuns ao consumo de álcool, caracterização dos consumos (frequência dos consumos, quantidade e frequência de consumos excessivos), sintomas de dependência (descontrolo nos consumos, limitações do mesmo, consumo de manhã) e consequências do consumo (sentimentos de culpa, blackouts, ferimentos/danos relacionados com o consumo, preocupações dos outros).

Dentro das principais vantagens do AUDIT podemos destacar, o facto de ser composto por 10 questões, com resultado de pontuação numérica, curta duração, focar-se no uso recente do álcool, determinar o nível de risco, providenciar informação que permite dar feed-back aos utentes, classifica segundo a Classificação internacional de doenças 10ª edição (CID 10) e pode ser aplicado de forma verbal ou escrita.

Ao ser aplicado, o AUDIT permite distribuir os indivíduos com problemas derivados do uso de álcool por níveis de risco distinto, relacionando-os com as intervenções mais adequadas a cada grupo.

Ao longo dos anos, os cuidados de enfermagem têm tido a influência de diversas ciências que favorecem a prática dos cuidados. Neste contexto será importante referenciar a área das intervenções breves nas dependências, estando no contexto dos sistemas de saúde de diversos países (Ferreira-Borges, C. & Cunha Filho, H.; 2007).

Na verdade elas constituem um conjunto de directrizes associadas a técnicas específicas que permitem aos profissionais actuarem com maior rigor e segurança, além de uma maior eficácia. Os estudos realizados demonstram que estas propiciam mudanças significativas também para os clientes não dependentes a nível do seu consumo e dos problemas associados.

Será de qualquer forma importante relembrar que as intervenções breves não podem ser consideradas psicoterapias breves.

Ao elaborar um recurso didáctico sobre intervenções breves no uso de substâncias pretende-se que este seja acima de tudo um instrumento de apoio constante e aprofundado que permita aos utilizadores saber mais e melhor como fazer uma intervenção breve. Desta forma, à medida que novas intervenções são capazes de obter

resultados, e impedir o normal curso da doença, serão necessárias mudanças a nível dos serviços. Assim podemos considerar que a intervenção breve será dependente das oportunidades fornecidas em grande parte pelos serviços de saúde.

A parte final dos testes é a aplicação do MMS, que pretendemos que seja uma ferramenta útil para relacionar o défice cognitivo com os comportamentos aditivos.

Segundo Guerreiro (1993) é provavelmente o instrumento mais utilizado mundialmente, possuindo versões em diversas línguas e países. Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas tem como objectivo avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registo de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação das três palavras anteriormente mencionadas (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMS pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

O MMS foi projectado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em utentes geriátricos. Examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxis, e habilidades de linguagem e espaciais. Excepto pelos itens de linguagem e praxais, o conteúdo do MMS foi derivado de instrumentos que já existiam. Foi denominado “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais que são cobertas, por exemplo, pela Escala de Demência de Blessed.

A questão de como lidar com não respostas devido ao analfabetismo ou cegueira tem sido tanto de considerar como erros, como de criar um escore geral diferente, retirando tais itens do sistema de escore (Kurlowicz & Wallace, 1999)

Folstein comentou que costumava administrar os itens sem considerar qualquer tipo de deficiência (surdez, cegueira, etc.) e então após o escore, comentar as possíveis razões para estas falha. O ponto de corte mais frequentemente utilizado para indicar comprometimento cognitivo que merece investigação é inferior à pontuação de 24.

ANÁLISE DOS DADOS

Foram desenvolvidas intervenções breves de acordo com os resultados obtidos através do AUDIT e o CAGE, com o nível de risco inerente a cada resultado. Desta forma foram desenvolvidas 37 entrevistas, com aplicação de 37 testes CAGE, AUDIT e MMS. Relativamente aos testes de detecção de drogas na urina, foram desenvolvidas as acções representadas nos seguinte gráficos:

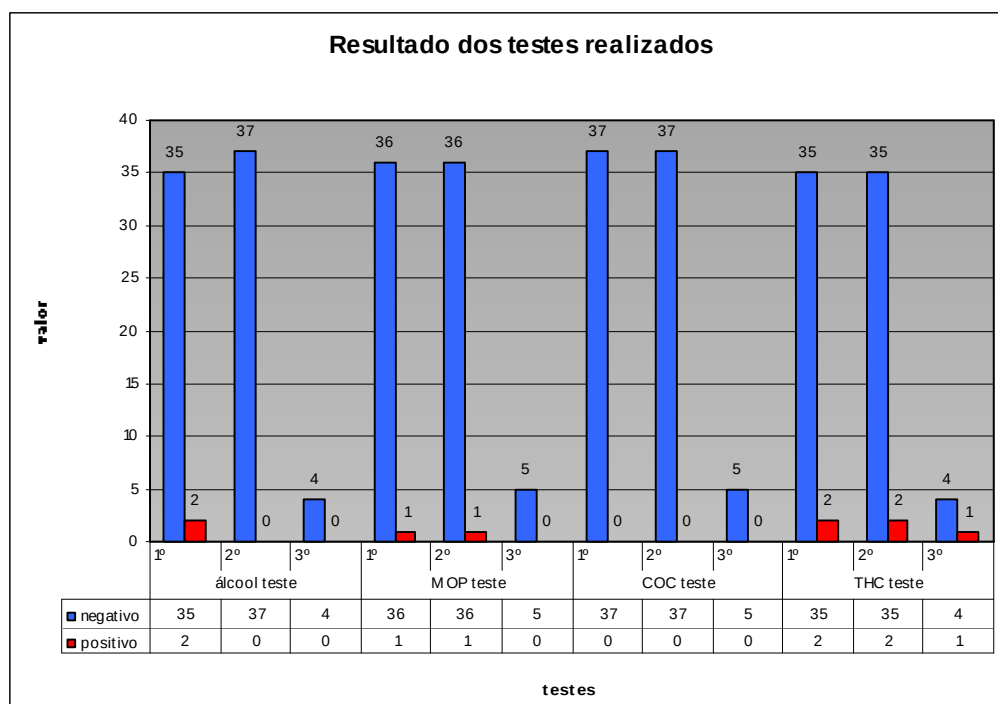


Gráfico 1 – Resumo de testes para detecção de metabolitos na urina

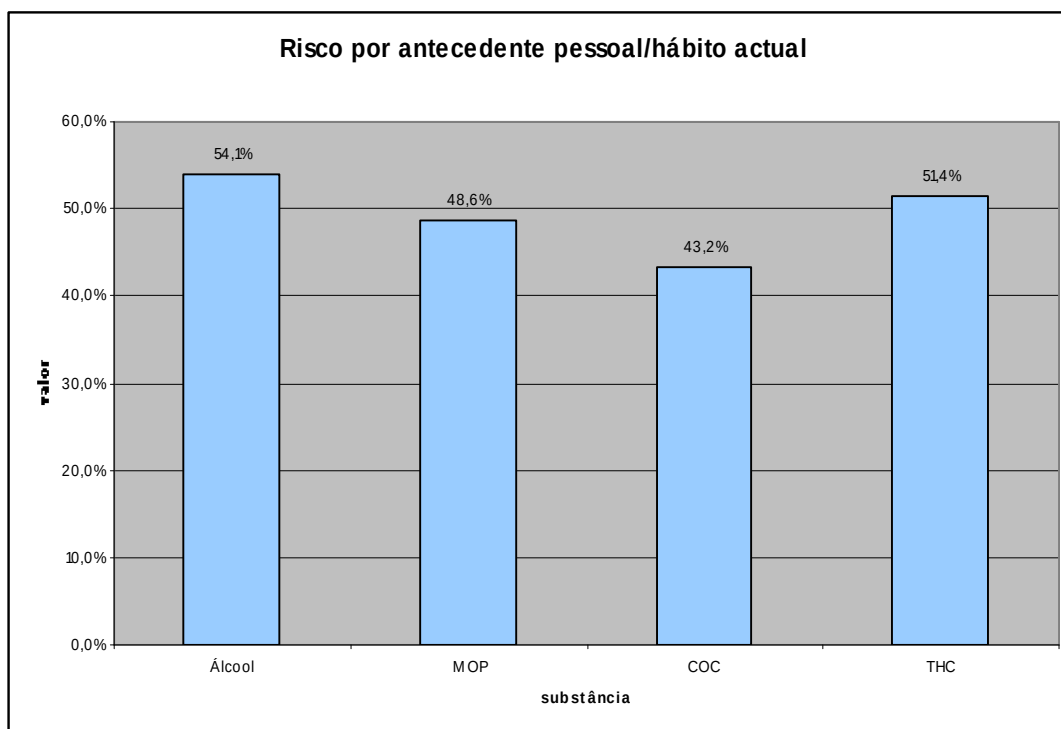


Gráfico 2 – Risco por antecedente pessoal e hábito actual

Consideramos um potencial risco o consumo actual e/ou progresso das substancias psico-activas estudadas. Desta forma o risco perante o consumo de álcool é de 54,1%, perante a Heroína de 48,6%, Cocaína 43,2% e Cannabinoides de 51,4%.

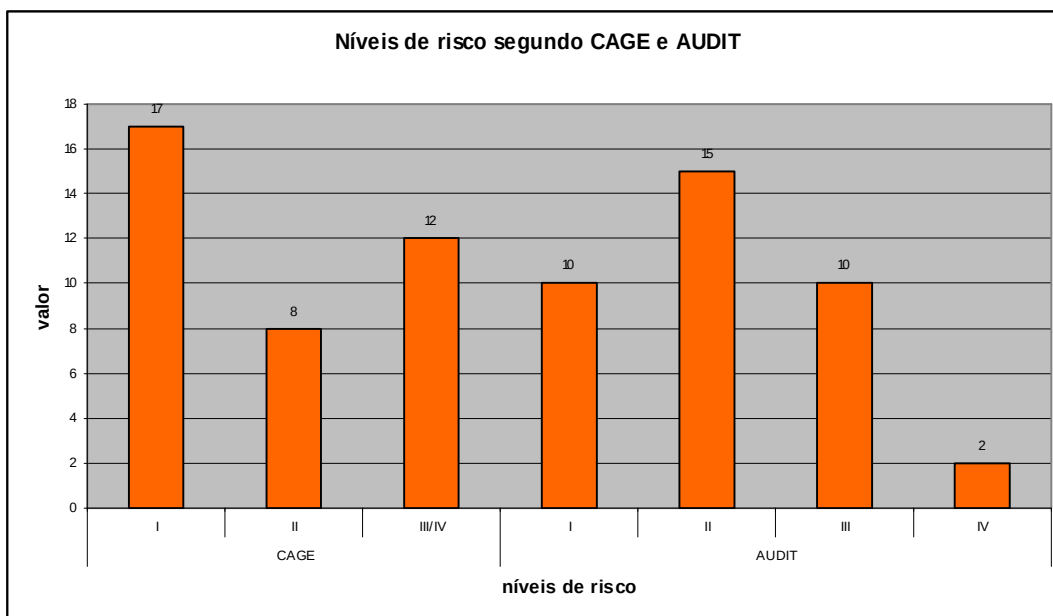


Gráfico 3 – Níveis de risco detectados pelos testes CAGE e AUDIT

O risco de dependência de álcool detectado pelos testes específicos perante ao álcool, foram segundo os resultados obtidos através do CAGE:

- Nível I – 17 indivíduos
- Nível II – 8 indivíduos
- Nível III e IV – 12 indivíduos

Através do AUDIT:

- Nível I – 10 indivíduos
- Nível II – 15 indivíduos
- Nível III – 10 indivíduos
- Nível IV – 2 indivíduos

Após a realização dos testes de detecção de substâncias psico-ativas na urina, deparamo-nos com poucos resultados positivos, não tendo encontrado nenhum no que respeita à cocaína. Respectivamente ao álcool e opióides obtivemos 2 resultados positivos e 5 resultados positivos de cannabinoides.

É importante observar que aproximadamente 50% dos indivíduos apresentam história de consumos de substâncias psico-ativas, com uma percentagem ligeiramente superior no caso do álcool.

Após comparação é relevante observar os semelhantes resultados entre ambos testes, CAGE e AUDIT, pelos seus níveis, sendo coincidente o número de indivíduos identificados nos níveis III e IV. Neste contexto será relevante consultar o Anexo IV, que mostra em forma de quadro as diferentes intervenções e resultados com os sujeitos de estudo.

De forma conclusiva consideramos que após a realização dos testes de detecção de substâncias psico-ativas na urina, deparamo-nos com poucos resultados positivos, não tendo encontrado nenhum no que respeita à cocaína. Respectivamente ao álcool e opióides obtivemos 2 resultados positivos e 5 resultados positivos de cannabinoides.

É importante observar que aproximadamente 50% dos indivíduos apresentam história de consumos de substâncias psico-activas, com uma percentagem ligeiramente superior no caso do álcool.

Após comparação é relevante observar os semelhantes resultados entre ambos os testes (CAGE e AUDIT) pelos seus níveis, sendo coincidente o número de indivíduos identificados nos níveis III e IV. A identificação deste risco é fulcral na intervenção precoce de medidas terapêuticas contentoras dos consumos e comportamentos de risco.

Para além de todas as actividades inerentes ao estudo de carácter investigativo e de cariz quantitativo acima descrito, foram realizadas diversas actividades relevantes que passo a mencionar:

- § Acção de educação para a saúde sobre auto-medicação e malefícios do álcool, direccionada para os utentes (Anexo V);
- § Duas acções de educação para a saúde sobre Alcoolismo, redes de intervenção (Ligação entre o DIAIBE e a Unidade de Alcoologia de Lisboa) (Anexo VI);
- § Avaliação formal da formação realizada, com elaboração estatística (Anexo VII);
- § Elaboração de um guia dos diferentes níveis de tratamento realizados na Unidade de Alcoologia de Lisboa, de forma facilitar a consulta dos técnicos do DIAIBE (Anexo VIII);
- § Reflexões individuais que facilitaram o rico processo de aprendizagem do Modulo I (Anexo IX).

Todas estas actividades tiveram um importante impacto tanto nos utentes do DIAIBE como nos próprios técnicos, tendo sido avaliado formalmente no Anexo VI e informalmente no comportamento e atitudes dos intervenientes neste Módulo.

De forma conclusiva posso afirmar que o presente campo de estágio inserido no Módulo II, reuniu as condições essenciais para, conseguir atingir os objectivos do Ensino Clínico e progredir no meu crescimento a nível profissional e pessoal.

2.2 MODULO II – UNIDADE DE INTERNAMENTO DO ADULTO EM CRISE

Este estágio visava o desenvolvimento de competências em unidade de intervenção na Crise do Adulto. Foi realizado na Clínica Psiquiátrica II, é um serviço de internamento de agudos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – Pólo Hospital Júlio de Matos, teve a duração de 7 semanas, decorridas entre 14 de Setembro de 2009 e 11 de Novembro do mesmo ano.

2.2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A CP II encontra-se no Parque de Saúde de Lisboa no Pavilhão 18. É um serviço de internamento de agudos com capacidade de 26 camas. Esta Unidade é composta por dois Pisos, R/C com 14 camas e 1º andar com 12 camas, sem exclusividade de sexos nos andares anteriormente descritos.

As enfermarias têm uma distribuição díspar sendo algumas de 3 camas e outras de 2 camas, tendo uma mesa de apoio e roupeiro. Existe uma casa de banho no primeiro andar, com Material específico (cadeira) destinado a barbearia uma vez por semana.

Existem 4 gabinetes médicos, um da Enf. Chefe, uma sala de Enfermagem Polivalente com sala de tratamentos incorporada.

Um refeitório para os doentes, uma sala de reuniões, outra para actividades, um gabinete social, sala de convívio onde é permitido os doentes fumarem, rouparia, sala de culinária e copa.

O internamento recebe doentes do Concelho de Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, Vila Franca de Xira e Alenquer.

As patologias são diversas e variadas: Esquizofrenia, Surtos Psicóticos, Doença Bipolar, Depressão Major, acompanhada ou não de ideação suicida, consumos de álcool e outro tipo de drogas, etc.

A missão do Serviço é “Prestar cuidados de saúde em situação de crise.”

Existem diversidade de projectos a decorrer na CP II:

- § Projectos Follow-up
- § Família presente
- § Comunicar e conhecer
- § Atelier de pinturas
- § Administração de terapêutica Depôt.

2.2.2 OBJECTIVOS PROPOSTOS / ACTIVIDADES REALIZADAS

Na elaboração do Projecto de Estágio, tracei objectivos comuns aos dois estágios assim como objectivos específicos e considerados principais. Neste módulo o objectivo principal foi:

Desenvolver competências da prática clínica na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na prestação de cuidados ao adulto com humor depressivo em crise.

Será importante considerar que dentro deste grande objectivo foram estabelecidos outros objectivos específicos que visaram a concretização do principal anteriormente mencionado. Estes são:

Aprofundar competências de dinamização de actividades terapêuticas com grupos

A Enfermagem é a profissão que na área de saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (REPE:1996).

Assim, à Enfermagem cabe o papel de educar para a saúde o indivíduo, família e grupo, incluindo comunidades. Deste modo, como enfermeiro, devo possuir um vasto leque de conhecimentos e competências que me permitam intervir junto de grupos, algumas das quais são: sensibilidade para perceber os interesses, motivação, conhecimentos, falsos conceitos, tipo de linguagem do grupo alvo, criatividade para

motivar a audiência a participar na sessão de educação, saber adequar o tom de voz, comunicação verbal e não verbal a fim de cativar a audiência, gestão de tempo, capacidade de improvisação e gestão de intervenções/debate.

Tendo presente o objectivo proposto e considerando que uma pessoa com depressão tem alterações a nível do padrão de sono, auto-estima, interacção social, concentração, entre outras, julgo ser importante desenvolver actividades que potenciem estes aspectos.

ACTIVIDADES

- Dinamização de jogos terapêuticos (trabalho de sentimentos, interacção social, auto-estima);
- Dinamização de actividades ocupacionais/aptidão social;
- Estimulação da participação dos utentes.

Desenvolver competências de dinamização de técnicas de relaxamento, especificamente com o modelo de Bernstein (adaptação do modelo psicoterapêutico de Jacobson).

ACTIVIDADES:

- Realização de sessões segundo o modelo de Bernstein (adaptação do modelo psicoterapêutico de Jacobson);
- Perceber quais são as limitações existentes na sua aplicabilidade, quanto aos critérios de inclusão do supracitado Modelo;
- Auto-avaliação das sessões através de registos próprios;
- Hetero-avaliação através de registo próprio.

2.2.3 – Desenvolvimento e Análise Crítica das Actividades

Relativamente a dinamização de actividades terapêuticas com grupos centrei a minha acção terapêutica na “Auto-estima”. Sendo assim, foram realizadas diversas actividades e jogos terapêuticos relacionados com a temática anteriormente mencionada, visto estar implicitamente relacionado com o humor depressivo no adulto

em crise.

As diferentes actividades terapêuticas elaboradas foram:

- Jogo terapêutico sobre a auto-estima (Anexo X)

O objectivo Geral foi sensibilizar os doentes internados para a importância de uma auto-estima positiva no seu processo de tratamento, assim como em todas as áreas das suas vidas, sendo esta promotora de uma diminuição dos sintomas e sinais do humor depressivo presente na maior parte dos mesmos.

Tentei fomentar a capacidade crítica e “insight”, promover uma maior auto-consciencialização acerca da sua auto-estima e auto-imagem, assim como apurar o sentido de auto-responsabilização pela criação de estratégias que visem aumentar a mesma auto-estima, objectivos que julgo terem sido atingidos.

Após a apresentação e contextualização do jogo foram colocadas três questões a cada doente, de forma individualizada:

Como acha que você é? ;Como gostaria de ser? ;O que vai fazer para ser como gostaria? (fase em que os outros elementos do grupo podem intervir);

Após a realização de um pequeno debate, foram exploradas algumas respostas dadas pelos elementos do grupo (Anexo XI)

A actividade tinha o objectivo de promover a auto-estima nos utentes com humor depressivo. Sem dúvida foi uma actividade interessante, visto terem sido explorados os sentimentos e capacidades pessoais mais positivas de cada elemento, de forma a consciencializar os utentes das mesmas. Neste contexto foram explorados os sentimentos que esta partilha facilitou. Todas as contribuições foram extremamente importantes mas considero que houve uma partilha que me fez reflectir de uma forma mais profunda. A utente em questão deu entrada com diagnóstico de depressão major, introvertida, com olhar tímido, sem contacto visual e postura corporal indicativa e característica da patologia. Esta Sr^a fez uma partilha excepcional, em que explicou o tipo de pessoa que ela era, como é actualmente mas o mais interessante foi as

estratégias que pretendia desenvolver para voltar ser a "pessoa que era" SIC. Dentro das estratégias apresentou capacidade de "insight", com critica para os pontos fulcrais que deveria mudar. Identificou a importância da auto-imagem, do reconhecimento das capacidades pessoais, assim como as interferências extra-pessoais, um marido controlador que sempre fez com que ela estivesse em segundo plano "mesmo quando era a actriz principal" SIC.

Desta forma consegui através desta actividade terapêutica reforçar o quanto importante é ouvir os doentes, os sinais e sintomas objectivos e subjectivos que nos apresentam muitas vezes como um pedido de auxilio silencioso. Posso considerar que a realização desta actividade quebrou muitas barreiras, destacando o falso conceito que tinha de que a reabilitação só pode ser realizada numa fase não aguda. Sem dúvida existe a possibilidade de realizar e potenciar actividades terapêuticas que potenciem as competências a todos os níveis na maior parte dos utentes.

Segundo Couceiro (1998, p.56) e de uma forma conclusiva será relevante salientar que:

"...o registo e descritivo das práticas levadas a efeito, na situação concreta em que ocorre, com as questões, problemas, dúvidas, ideias, reflexões, dificuldades, sucessos que vão provocando e recursos que afinal possuímos."

- Acção de educação sobre a Gripe A (Anexo XII)

Foi sem dúvida uma porta de entrada e conhecimento para os utentes, para além de ser uma ferramenta de Saúde Pública. Esta acção de educação para a saúde, considero que foi um momento de contacto crucial com os utentes, muito útil em futuras intervenções. Este momento de carácter terapêutico e informativo permitiu que os doentes vissem na minha pessoa um técnico de saúde, no meu caso um enfermeiro, que se interessa pelos problemas que estão à volta deles, na situação específica a gripe A. O grupo mostrou-se muito interessado e participativo na parte teórica, tendo também uma grande motivação para a parte mais prática. Nesta segunda parte prática os doentes um a um, fizeram uma lavagem higiénica das mãos de acordo com o que tinha explicado na parte teórica e tinham visto nos vídeos didácticos. Foi nesta parte que a relação de ajuda entrou mais em acção, a escuta, a empatia e por vezes a assertividade fizeram com que os doentes assimilassem os conhecimentos básicos sobre a gripe A, assim como uma correcta lavagem das mãos. De forma conclusiva considero que a actividade

supracitada foi mais um elemento integrativo na própria Unidade do que um factor fulcral para o cumprimento e desenvolvimento do meu Projecto educativo.

- Actividade terapêutica Sentimentos/caras (Anexo XIII)

Neste sentido escolhi uma actividade de carácter grupal para que os utentes pudessem identificar o sentimento dominante naquele momento, tendo como principais objectivos, a identificação de sentimentos, promover o auto-conhecimento (auto-consciencialização acerca dos seus sentimentos e da sua importância) e a interacção grupal, assim como a reflexão acerca dos mesmos.

Como já foi feito em outra actividade considereei alguns pré-requisitos descritos no anexo XIII, no Plano da sessão.

O jogo decorreu numa forma adequada, mostrando-se os utentes muito colaboradores e participativos. A partilha foi rica e o sentimento predominante foi a tristeza, sendo uma oportunidade única para desenvolver competências pessoais e sociais por parte dos utentes. Os utentes tinham a possibilidade de escolher sentimentos isolados ou combinação de vários sentimentos. Existiram varias partilhas importantes a nível terapêutico, mas considero que uma delas foi especialmente importante no contexto pessoal da utente. A utente anteriormente citada escolheu, alegria, tristeza e esperança mínima. De uma forma superficial esta combinação de sentimentos/emoções não faria sentido, mas a utente explicou ao grande grupo que antes da morte do marido ela sentia-se feliz, com a morte do mesmo o mundo dela deixou de existir tal como era, tendo perdido a esperança numa vida melhor, mas o presente internamento fez com que uma pequena esperança surgisse no final do túnel. Esta partilha foi muito intensa para a doente, para o grande grupo e para mim, porque deu uma perspectiva de mudança reflexiva possível de concretizar.

De forma conclusiva concordo com Rui Canário quando refere que o conhecimento é o resultado de *"...um processo de selecção, organização e interpretação da informação à que estamos expostos, e que segundo os contextos e segundo as pessoas pode dar origem a perspectivas muito diferentes"*. (Canário, 1999, p.110)

Relacionado com o segundo grande objectivo específico deste Módulo, aprofundar competências de dinamização de técnicas de relaxamento, especificamente com a adaptação do modelo psicoterapêutico de Jacobson (Modelo de Bernstein), será relevante contextualizar o mesmo.

Neste sentido considero fundamental fornecer ferramentas aos doentes, para conseguir diminuir a ansiedade inerentes ao internamento e a própria patologia psiquiátrica. Desta forma o relaxamento será uma opção para a diminuição da ansiedade, a curto e médio prazo.

Assim considero que a realização de sessões de relaxamento foi potencialmente terapêutica para os utentes que encontrei numa unidade de internamento psiquiátrico, podendo reduzir os níveis de ansiedade dos mesmos, associados a um internamento hospitalar psiquiátrico em fase aguda.

Há varias décadas que se desenvolve uma concepção dualista de ansiedade: ansiedade-traço e ansiedade-estado. Esta concepção foi mais tarde, em 1970, desenvolvida por Spielberger e colaboradores, com a construção do chamado Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI -Y) (Andrade & Gorenstein, 1998), instrumento que já foi validado para a população portuguesa e assim sendo o mesmo como instrumento avaliativo, muito utilizado nas sessões de relaxamento.

Os scores de ansiedade-traço (STAI — Y) permanecem relativamente constantes no tempo, isto é, são pouco sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais. (Abreu & Toletti, 2006)

Por outro lado, a ansiedade-estado é definida como a ansiedade contextual, associada às circunstâncias do momento. Trata-se de um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis, conscientemente percebidos, de tensão e apreensão e, por aumento da actividade do sistema nervoso autónomo. Os scores da ansiedade-estado do STAI - Y, não são constantes ao longo do tempo pois são sensíveis às condições ambientais internas e externas, ou seja, variam em intensidade de acordo com o perigo percebido no momento.

Considerando o anteriormente mencionado e para dotar esta actividade terapêutica dum carácter investigativo, considero fundamental uma avaliação formal da mesma. Desta forma utilizei uma Escala Visual Analógica - EVA (Anexo XIV) relacionada com o grau de ansiedade e a State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) (Anexo XV), antes e depois do relaxamento, assim como uma avaliação da TA e FC nos períodos

anteriormente mencionados, com folha de registo própria (AnexoXVI)

Relativamente a escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI - Y) da autoria de Charles D. Spielberger será importante mencionar que é composto por duas partes, cada uma com 20 itens: uma que avalia a ansiedade-estado (STAI Forma Y-1) e outra que avalia a ansiedade-traço (STAI Forma Y-2). Dentro da avaliação que efectuei da actividade será apenas utilizada a sub escala da ansiedade-estado (STAI - Y1), na medida em que traduz a ansiedade que está associada às circunstâncias do momento.

Este instrumento tem como principal característica, o facto de avaliar aspectos inespecíficos que envolvem situações stressantes, como por exemplo, tensão, nervosismo, irritabilidade, preocupação e apreensão em relação aos outros. De acordo com os scores obtidos considera-se a ansiedade estado-traço: baixa, quando os valores se encontram entre 20 e 34 pontos; moderada, entre 35 e 49 pontos; elevada, 50 a 64 pontos e muito elevada, 65 a 80 pontos (Chaves e Cade, 2004). No entanto a fim de evitar a tendência não premeditada dos sujeitos de darem respostas num dos extremos da escala (responder sempre 1 e/ou 4), alguns dos itens estão pontuados de forma inversa, ou seja, respostas marcadas com 1, 2, 3 e 4 são cotadas de forma inversa respetivamente a valer 4, 3, 2 e 1 pontos. Os itens invertidos no Questionário de Auto-Avaliação - De Charles D. Spielberger STAI Y – 1 são: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20.

A população é constituída pelas pessoas internadas em situação aguda de doença mental, na Clínica Psiquiátrica II do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Os participantes, em número de 15, foram seleccionados com base em critérios de escolha intencional e no garante da sua disponibilidade para nele colaborar, formalizada através de consentimento expresso oralmente.

Cada utente participou num número variável de sessões, compreendido entre uma e quatro, em função do seu desejo e de outras circunstâncias inerentes ao internamento (licenças de ensaio, envolvimento noutras actividades, alta e/ou agravamento clínico). As sessões decorreram no período de 15/10/2009 a 04/11/2009.

Foram excluídos da participação nesta investigação todos os utentes para quem a actividade pudesse constituir à partida uma contra-indicação fruto da sua situação clínica e/ou funcional, como por exemplo na situação de infecção sistémica grave; de insuficiência cardíaca; de insuficiência renal ou hepática grave; descompensação psicótica com actividade delirante intensa; de humor eufórico e desinibição sexual (Payne, 2003).

O modelo da sessão utilizada sem alterações é o descrito no Anexo XVII.

CONCLUSÃO ANALÍTICA

De forma conclusiva foram realizadas 4 sessões com posterior elaboração de gráficos, sendo estes interpretados em conclusões analíticas únicas e específicas para a população em estudo, descrita anteriormente.

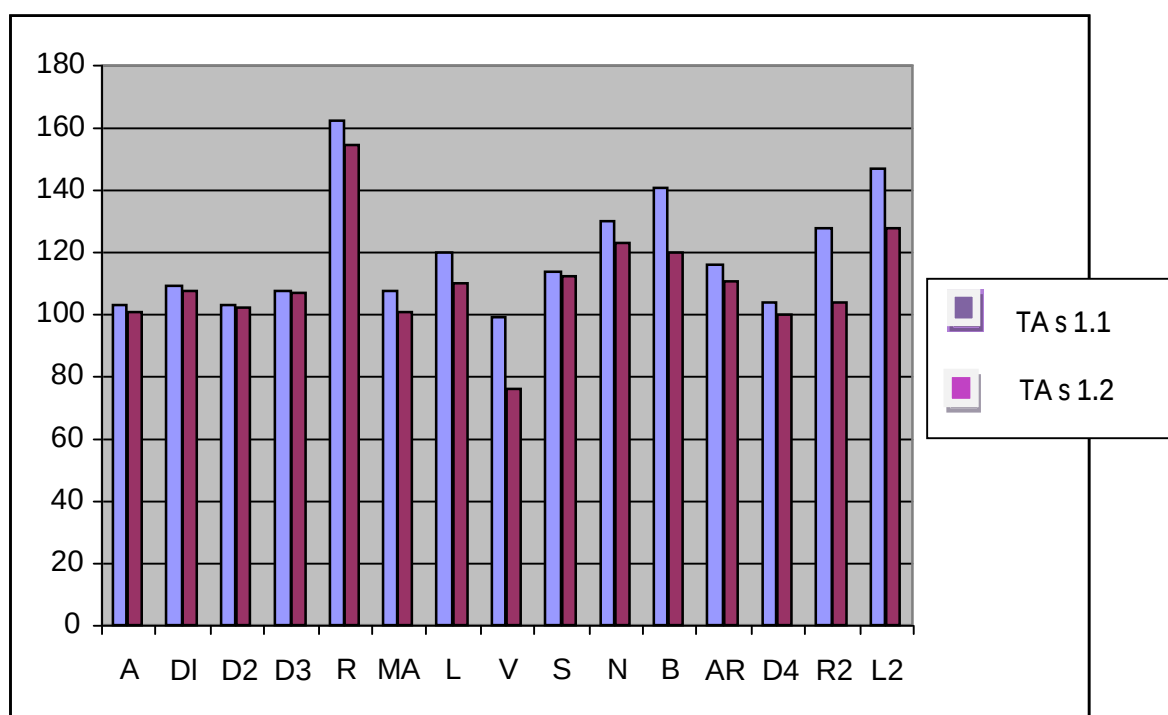


Gráfico 4 – Avaliação da Tensão Arterial Sistólica no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)

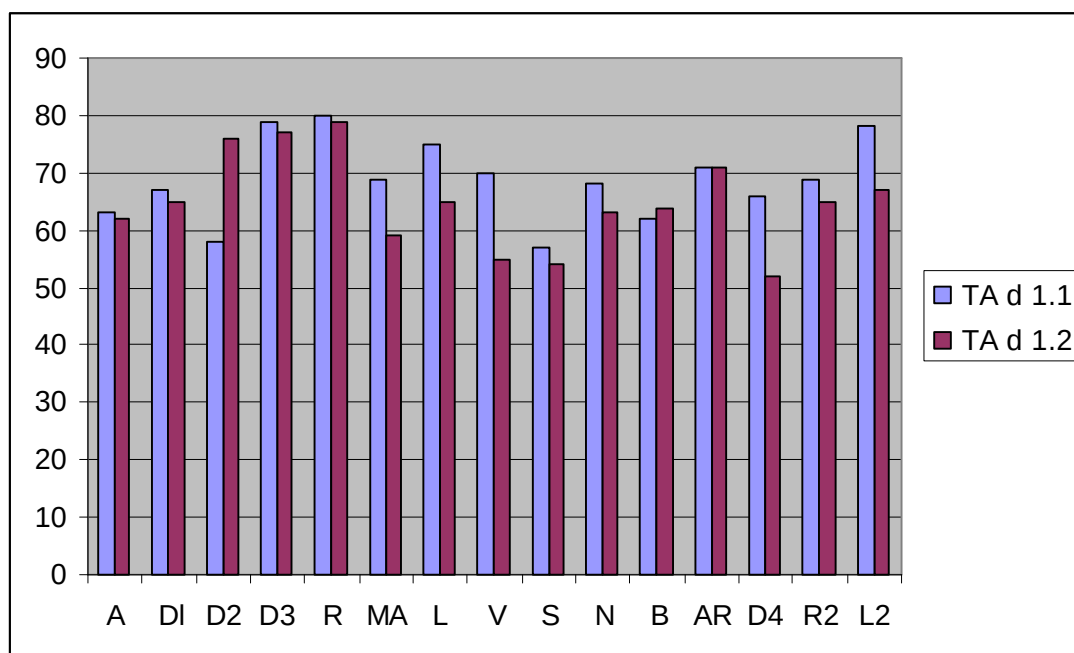


Gráfico 5 – Avaliação da Tensão Arterial Diastólica no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)

Como pode verificar-se nos gráficos 4 e 5, os valores tensionais diminuíram em todos os utentes no final de cada sessão de relaxamento, assim como a frequência cardíaca, excepto em dois casos nos que manteve-se, sendo importantes indícios do grau de ansiedade.

Será relevante mencionar que nos gráficos foram avaliados apenas todos os utentes numa única sessão visto ter elementos que realizaram 4 sessões e outros apenas 1, para conferir ao gráfico coerência, foi considerada sempre a primeira sessão de relaxamento.

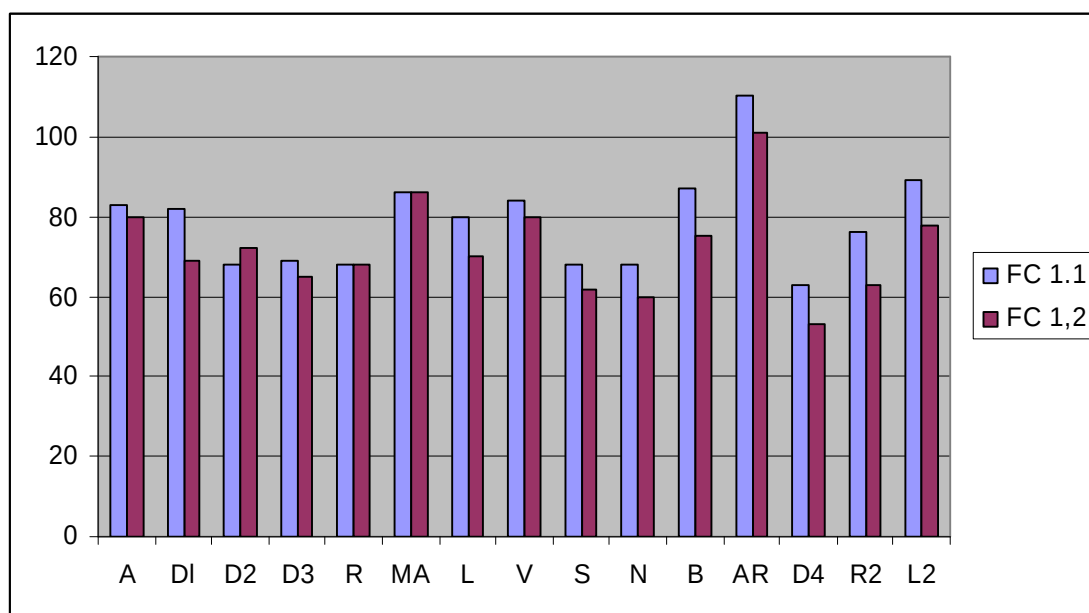


Gráfico 6 – Avaliação da Frequência Cardíaca, avaliada em batimentos cardíacos por minuto no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)

Pode verificar-se no gráfico anterior que a FC diminui em todos os casos excepto no caso do elemento R em que ficou mantida.

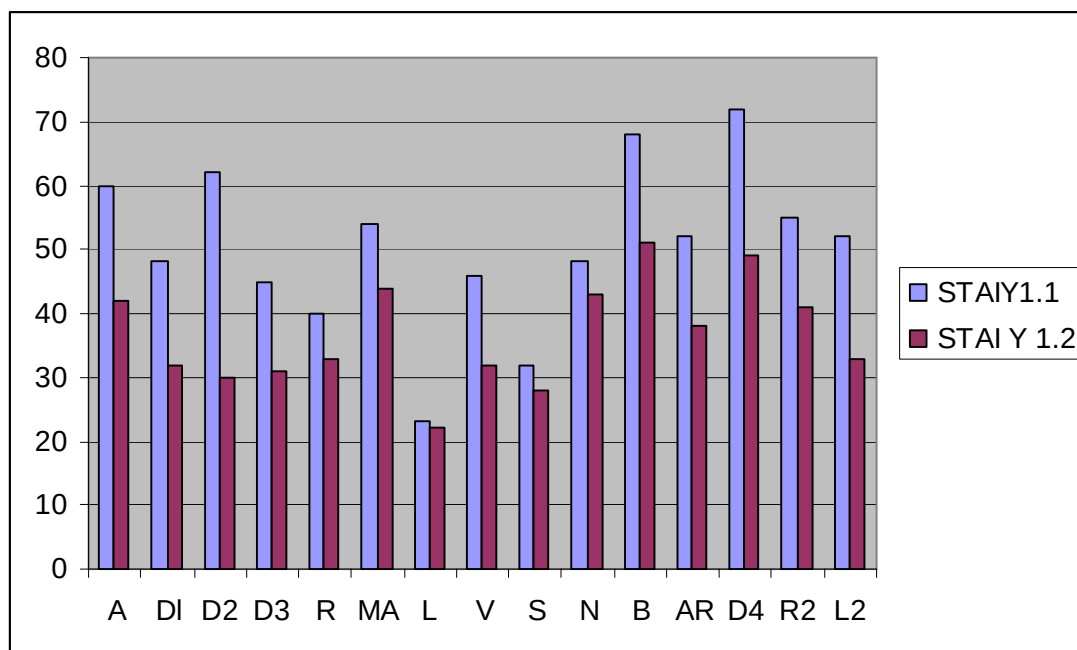


Gráfico 7 – Avaliação do Valor de STAI Y no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)

e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)

Relativamente ao valor do STAI Y, verifica-se uma redução na final de cada primeira sessão do utente, tendo todos eles referido uma diminuição do grau de ansiedade.

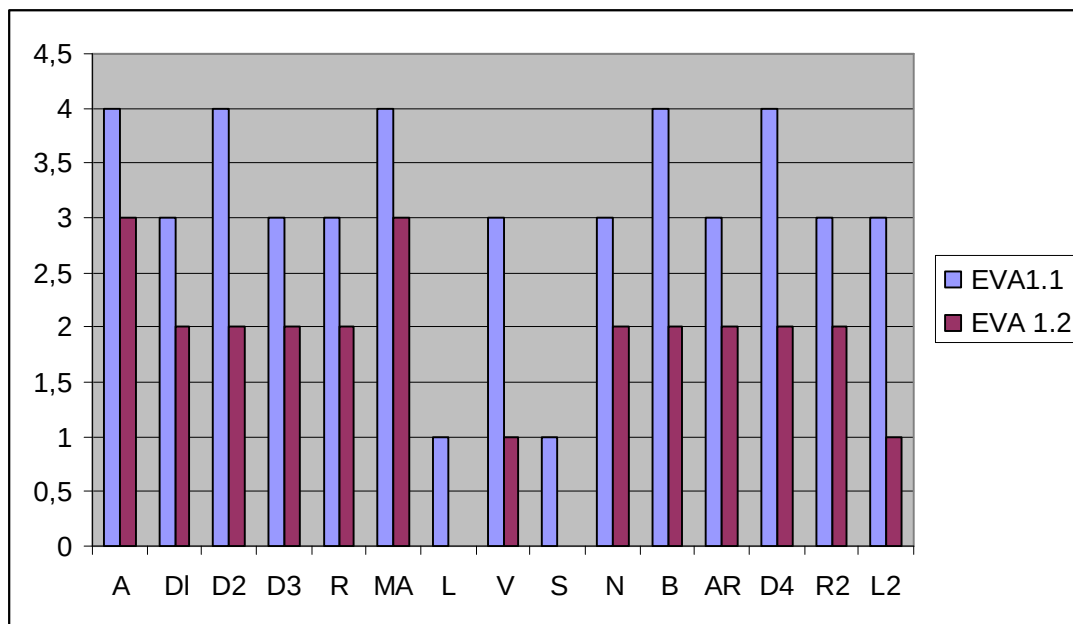


Gráfico 8 – Avaliação da EVA no tempo 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e no tempo 1.2 (depois do relaxamento)

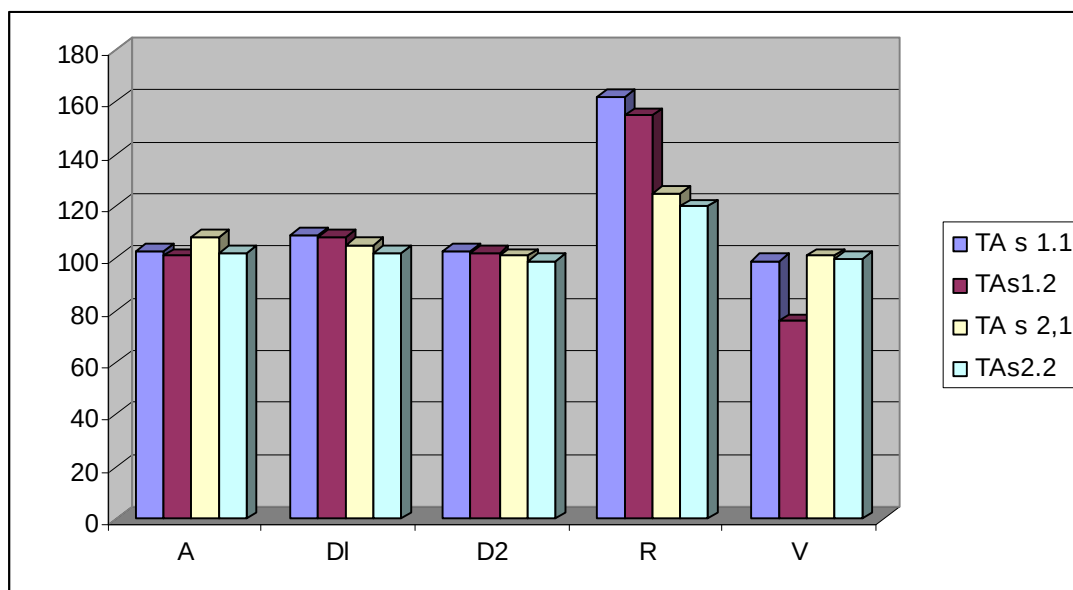


Gráfico 9 – Avaliação da Tensão Arterial Sistólica no tempo 1.1 e 2.1 (antes das sessões) e no tempo 1.2 e 2.2 (depois das sessões)

1 e 2 de relaxamento) e no tempo 1.2 e 2.2 (depois do relaxamento)

Considerando que foram realizadas 4 sessões a 2 doentes, 3 sessões a 1 doente e 2 sessões a 5 utentes, será relevante realizar uma análise dos dados obtidos nos 5 elementos que realizaram as duas sessões. Neste contexto verifica-se que os cinco elementos descritos anteriormente tiveram todos em ambas as sessões uma redução da TA sistólica e diastólica.

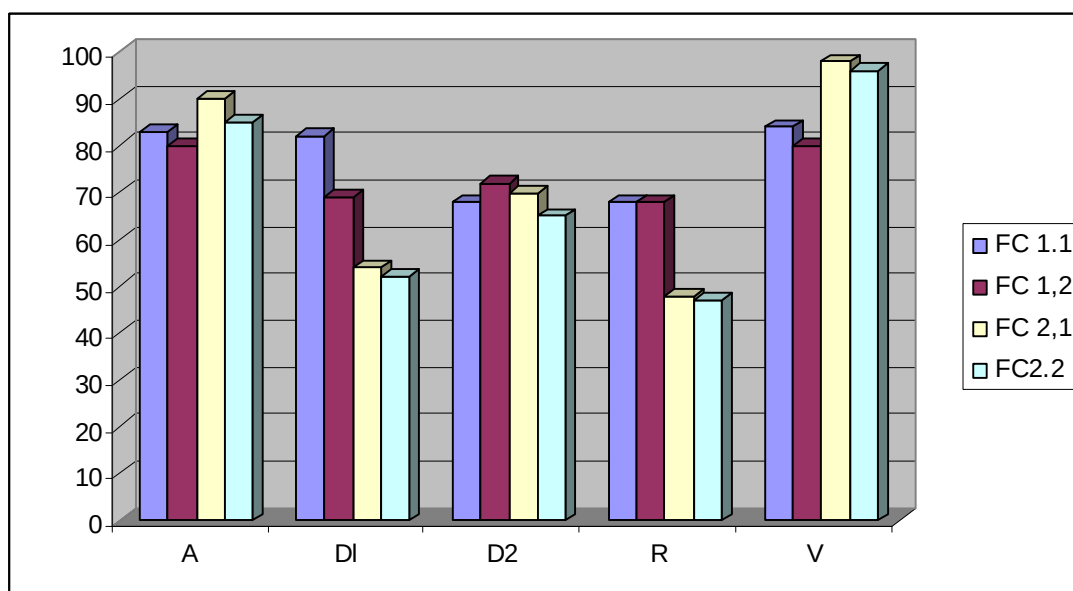


Gráfico 10 – Avaliação da Frequência Cardíaca no tempo 1.1 e 2.1 (antes das 1 e 2 sessões de relaxamento) e no tempo 1.2 e 2.2 (depois do relaxamento)

Relativamente a FC os resultados são idênticos mantendo apenas o valor de FC no antes e depois da sessão um dos elemento (R).

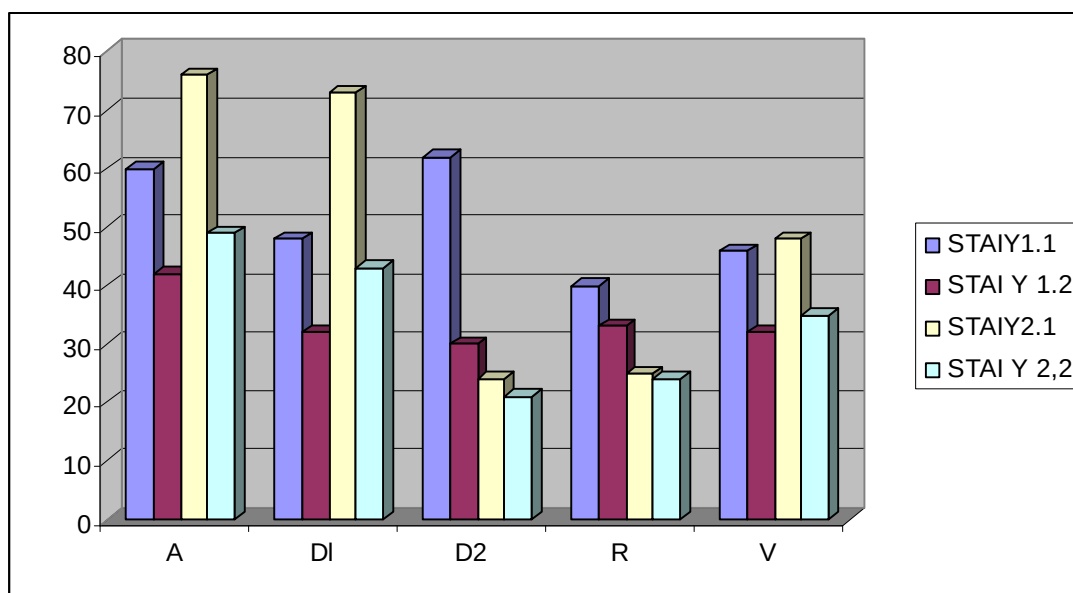


Gráfico 11 – Avaliação do valor de STAI Y no tempo 1.1 e 2.1 (antes das sessões 1 e 2 de relaxamento) e no tempo 1.2 e 2.2 (depois do relaxamento)

Relativamente ao resultado do STAI Y, considero que os níveis de ansiedade referidos no final das sessões foram sempre inferiores, passando em muitos casos a patamares percentualmente muito mais baixos.

A recolha dos dados das sessões de Relaxamento detalhada encontra-se em anexo (Anexo XVIII)

Segundo o meu ponto de vista o Enfermeiro Especialista participa da reconstrução simbólica do sujeito após o desencadeamento da crise ou de um momento de intensa necessidade, por envolver certo sofrimento psíquico que paralisa ou prejudica a pessoa em suas actividades diárias. Estando inserido numa equipe de trabalho multiprofissional, participa da construção de projectos terapêuticos únicos e adaptados para cada cliente. Desta forma o enfermeiro Especialista demonstra ser um recurso de inclusão social cada vez mais utilizado no campo da saúde mental. Estes recursos visam o alívio do sofrimento por meio do contorno dado em actividades sociais, culturais assim como a inter-relação e a reinserção na realidade socio-cultural do cliente. Neste contexto os passeios terapêuticos realizados durante o internamento são um primeiro contacto com a realidade externa, de uma forma progressiva e planeada. Para além dos benefícios terapêuticos do passeio em si, foram realizadas três sessões de movimento (Anexo XIX) no passeio terapêutico nas quais de uma forma curta ,aproximadamente 15

minutos, os doentes conseguiram ficar aparentemente mais calmos e tranquilos. De forma objectiva foi aplicada uma Escala Visual Analógica simples (Anexo XIV) (Payne, 2003).

A avaliação destas sessões foi registada em forma de tabela, podendo ser consultada no Anexo XX, tendo-se verificado em todos os utentes um grau de ansiedade inferior no fim de cada sessão.

Será importante referenciar que a sessão de movimento não tinha componente puramente física, uma combinação de movimentos, alongamentos e estruturação cognitiva. Estas sessões foram a grande porta de entrada para o futuro empenho de alguns doentes no Relaxamento de Bernstein e foi uma forte fonte de motivação.

Para além da intervenção grupal o enfermeiro especialista promove actividades terapêuticas individuais que vissem a manutenção e promoção da saúde mental da pessoa alvo dos seus cuidados especializados. Neste contexto e para desenvolver a supracitada competência foi realizada, entre outras actividades uma apresentação no final do estágio de um estudo de caso (Anexo XXI), seguindo o Modelo de Betty Newman.

Este estudo de caso enquadrou-se perfeitamente no final do estágio porque foi possível fazer uma ligação entre as dependências e as comorbilidades psiquiátricas (patologias do foro psiquiátrico em fase aguda) no caso concreto depressão.

3 . AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Face aos objectivos estabelecidos, desenvolvi intervenções terapêuticas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no decorrer do estágio, a fim de adquirir e desenvolver competências nesta área de actuação.

Será importante recordar que na minha óptica de enfermeiro, a articulação entre a teoria e a prática, faz todo o sentido numa profissão, em que a necessidade de actualização é permanente. Como descreve Messick citada por Alarcão:

“Competência refere-se ao que uma pessoa sabe e teoricamente será capaz de fazer, enquanto que desempenho competente se refere ao que de facto uma pessoa faz nas circunstâncias reais.” (Alarcão, 2001, p.54)

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria será aquele que possui competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nesta área de especialidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria são:

- Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
- Assistir a pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.
- Ajudar a pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.
- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorara e recuperar a saúde.

Após a descrição das competências do Enfermeiro Especialista considero que as mesmas serão sem dúvida desenvolvidas ao longo do meu percurso profissional e

peçoal, sendo evidentemente algumas mais aprofundadas. Não considero que tenha de alguma forma adquirido as mesmas, mas sim consegui ao longo deste processo de aprendizagem aprofundar e adquirir conhecimentos e abrir portas conceptuais e cuidativas de conhecimento, muitas delas até aqueles momentos desconhecidas.

Uma intervenção terapêutica, que possibilite ao indivíduo a expressão de sentimentos, o respeito, plenamente livre de crítica em que a pessoa consiga colocar em jogo a sua experiência subjectiva e elaborar as suas associações necessárias ao trabalho mental, que a poderão conduzir a uma escolha saudável, é um trabalho árduo que compete desenvolver ao enfermeiro especializado de saúde mental e psiquiatria. Só este último possui, o manejo terapêutico essencial para este tipo de actividades.

Como competências adquirir defini no Projecto de Estágio as seguintes:

Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em enfermagem, gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e pessoal e da formação pós-graduada, manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o indivíduo/grupo específico, na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao indivíduo/grupo.

Sem dúvida posso considerar que muitas das competências que foram projectadas, no final de ambos os estágios foram atingidas, mas devemos considerar que muitas outras competências poderiam ter sido desenvolvidas, aproveitando diversos momentos de aprendizagem que consciente ou inconscientemente possa ter desaproveitado, mas o tempo no contexto de estágio é finito e determinado, tendo a obrigação de restringir-me à minha linha formativa previamente delineada. Desta forma, não posso deixar de referir que foi uma experiência inesquecível, não só pelos momentos de aprendizagem únicos que me forneceu, mas também pelas pessoas que conheci. Quando me refiro às pessoas não só falo dos funcionários que cada um ao seu nível me ajudaram sem hesitar, mas dos utentes que com as suas experiências de vida me enriqueceram enquanto pessoa e enfermeiro.

4. CONCLUSÃO

A enfermagem tem ferramentas cada vez mais eficazes e cientificamente fundamentadas, que apontam para a essência da relação a ser estabelecida com o indivíduo/grupo, a fim de lhe proporcionar um ciclo vital adequado, oferecendo-lhe aptidões e capacitando-o de decisões importantes e úteis. A enfermagem em saúde mental e psiquiátrica deve cuidar o indivíduo numa perspectiva verdadeiramente holística, onde o ser humano seja compreendido em todas as suas vertentes, biológica, psicológica, sócio-económica, familiar e espiritual.

É na capacidade de articulação com outros profissionais e com outras instituições, a multidisciplinaridade, e através de uma análise cuidada de cada caso, estabelecendo metas e intervenções que se consegue um adequado nível de acompanhamento, seja este um acompanhamento breve e de intervenções curtas ou em grupo, ou um acompanhamento alargado com intervenções estruturadas ao longo do tempo.

A experiência de vida dos utentes assim como dos profissionais que acompanharam o meu estágio, fizeram-me reflectir sobre as pequenas lições que o nosso quotidiano aporta, minúsculas porções de uma infinita globalidade que proporcionam os conhecimentos necessários para conseguir a adaptação na nossa prática profissional.

Neste sentido Gaut citado por Watson define que:

”O cuidar, como ideal moral. Transcende também o acto, ultrapassando o acto específico de um enfermeiro individualmente e produz actos colectivos da profissão de enfermagem que tem consequências importantes para o ser humano”. (Watson, 2002, p.60)

O cuidar vai ao encontro daquela pessoa que é o alvo da nossa atenção, ajudando-a a encontrar um modo de vida significativo numa determinada situação. (HESBEEN: 2004)

É esta forma de estar e de actuar; procurando uma lógica em que o cuidar não se reveja apenas em actos físicos, mas abarque a pessoa no seu todo (Watson, 2002), como um ser humano que não se limita a um corpo-objecto, mas é o ser enquanto ser (Hesbeen, 2000), que permite estabelecer a diferença entre quem trata e quem cuida de pessoas.

Como sabemos, o enfermeiro também é uma pessoa, na sua vertente holística e humana, em interacção dinâmica constante e esta é muitas vezes a competência mais difícil de ser trabalhada. No entanto, pode entender-se que a formação contribui para a construção das competências profissionais.

O conhecimento e a experiência de um qualquer indivíduo, são cada vez mais valorizados em contexto de trabalho, no seu processo de aprendizagem, pelo qual é responsável.

A capacidade de dar resposta, às dificuldades progressivas do contexto profissional, deverá colocar o enfermeiro numa postura reflexiva relativamente à sua prática profissional e levá-lo a produzir saber, bem como, procurar saber mais, adquirindo um maior nível de formação para construir competências mais especializadas, neste caso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

No entanto, considero que, talvez por deformação profissional ou das competências que fui adquirindo ao longo da vida, que a mudança da pessoa enfermeiro enquanto objecto de aquisição e construção de competências, não é suficiente, é também necessário não só a reflexão das práticas, como também a reflexão da pessoa como pessoa, que partilha um mundo externo e interno, com todos os outros enquanto unidade de relação dinâmica com o mundo. E porque somos homens e mulheres em relação dinâmica uns com os outros, será necessário também um maior conhecimento de si, para que não nos confundamos com o outro em todo este processo, mantendo a autodeterminação.

Relativamente às dificuldades encontradas no percurso dos Módulos frequentados, estas foram muitas, aquelas naturalmente inerentes ao processo de aprendizagem. De qualquer forma existiram algumas que permaneceram até o final dos estágios merecendo estas uma avaliação reflexiva.

Como já foi referenciado em ambos os módulos considero que existiram possibilidades de aprendizagem que desperdicei consciente ou inconscientemente, mas os objectivos previamente traçados a decorrer dos próprios módulos assim o exigiram. De qualquer forma será importante reflectir sobre determinados aspectos que a posteriori poderia ter mudado no meu desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro especialista.

No primeiro módulo, houve uma lacuna no atendimento dos utentes, efectuado diariamente no Centro de Santa Maria Madalena que gostaria ter aprofundado. Este atendimento é um momento de avaliação global e holística do utente necessitado de cuidados de enfermagem, que não foi explorado por causa da investigação/acção desenvolvida na Unidade e pela limitação de tempo existente.

No segundo estágio, poderia igualmente sem dúvida ter aprofundado outros contextos e competências. A minha actividade profissional é desenvolvida numa Unidade especializada em dependências, mesmo assim, senti alguns obstáculos no encaminhamento e desenvolvimento do processo terapêutico de utentes com problemas de dependências associados. Estes obstáculos foram impostos por alguns elementos da equipa clínica da CP II, apesar da excelente colaboração da Enf Responsável e restantes colegas. De qualquer forma a minha intervenção teve sempre como base o respeito pelo doente e a não clivagem de informação, no sentido de promover o bem-estar e equilíbrio do mesmo.

Em modo de conclusão gostava de deixar esta mensagem:

"Já não se trata de aproximar a educação da vida, como nas perspectivas da educação nova ou da pedagogia activa, mas de considerar a vida como um espaço de educação." (Rui Canário, 1999, p.116)

5. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J., & Toletti, G. (2006). Cuidados de Enfermagem no controlo da ansiedade uma proposta de intervenção não farmacológica. Revista de Psiquiatria do Hospital Julio de Matos, XIX, 160-169.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. Revista Referencia, pp. 53-59.
- Andrade, L., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Revista de Psiquiatria Clínica, VI, pp. 285-290.
- André, M. (2005). Adesão à terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Lisboa: Stória Editores.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use and primary care. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Obtido em 04 de Janeiro de 2006, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- Ballone, G. (2007). Causas da Depressão. Obtido em 29 de Fevereiro de 2009, de PsiqWeb: <http://www.psiqweb.med.br/>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Edições Quarteto.
- Brandes, D., & Phillips, H. (2006). Manual de Jogos Educativos: 140 jogos para professores e animadores de grupos. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Cánario, R. (2003). A Aprendizagem ao longo da vida. Análise crítica de um conceito e de uma política. In R. Canário (org.), Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (1999). Educação de Adultos: Um campo e uma problemática. Lisboa: Educa.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chaves, E., & Cade, N. (2004). Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. Obtido de Revista Latino-americana de Enfermagem: <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>
- Couceiro, M. (1999). Autoformação e Transformação das práticas Profissionais dos Professores. Revista de Educação, VII.

- Espinosa, A. (1998). *Psiquiatria. Coleção Guias Práticos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: McGrawHill.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-198.
- Ewing, J. (1984). Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Fernandes, M. T. (1997). Metodologia de Projecto. *Servir*, 47, 233 – 236.
- Ferreira Borges, C., & Cunha Filho, H. (2007). *Intervenções breves. Álcool e outras drogas*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Editorial Lusociência.
- Fritzen, S. J. (2007). *Exercícios Práticos de Dinâmicas de Grupo* (Vol. I). Petrópolis: Editora Vozes.
- Guerreiro, M. (1993). Adaptação Portuguesa da Mini-Mental State – MMS. Hospital Santa Maria, Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Lisboa.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital - enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Jack, K. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*. Obtido em 10 de Janeiro de 2012, de EBSCO: <http://mentalhealthpractice.rcnpublishing.co.uk/archive/article-exploring-self-awareness-in-mental-health-practice>
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Kurlowicz, L., & Wallace, M. (1999). The Mini Mental State Examination (MMSE). The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Division of Nursing, New York University.
- Ministério da Saúde (2008). Obtido em 18 de Março de 2009, de *Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 - Resumo Executivo*: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf

- Mosquera, J., & Stobãus, C. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. Obtido em 14 de Janeiro de 2009, de Psicologia, Saúde & Doença: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862006000100006&script=sci_arttext
- OMS (2002). Obtido em 12 de 02 de 2009, de The World Health Report 2001.: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Payne, R. (2003). Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010. (2003). Obtido em 14 de Janeiro de 2009, de http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/plano_nacional.pdf
- Quilliam, S. (1993). Como lidar com doentes difíceis. Nursing , 66, 27-29.
- Santoni, G. (2007). 83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos: Um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais. Lisboa: Paulus Editora.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). STAI manual for the State-Trait Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: modelos e teorias de Enfermagem. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem. Loures : Lusociência .
- Yudi, K. (1996). 100 jogos para grupos. Uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. Lisboa: Ágora Editora.
- Zeichner, K. (1993). A Formação Reflexiva de Professores: ideias e práticas (37ª ed.). Lisboa: Educa.

ANEXOS

Anexo I – Recursos Humanos e descrição de DIAIBE



Direcção de Apoio à Problemática do VIH/Solidariedade
Largo Trindade Coelho, 1200-470 Lisboa Telf: 213 235 565 Fax: 213 235 001
e-mail: dsapvs@scml.pt e ana.reis@scml.pt

Índice

0. Resumo Cronológico da Evolução do Serviço

1. Análise da Direcção de Apoio à Problemática do VIH/SIDA

2. Equipamentos e Valências

2.1 - Centro Santa Maria Madalena

- Centro de Acompanhamento e Vigilância Terapêutica
- Apartamentos Assistidos Terapeuticamente
- Centro de Dia
- Apoio Domiciliário

2.2 - Apoio Residencial

- Residência Santa Rita de Cássia
- Residência Madre Teresa de Calcutá

3. Atribuições e nº de Actividades do ano 2008

4. Organograma

5. Contactos

6. Parcerias externas à SCML

7. Protocolos

0. Resumo Cronológico da Evolução do Serviço

- 1989 – Criação do Projecto Solidariedade, Residência Santa Rita de Cássia
- 1992 – Centro de Dia na Residência Santa Rita de Cássia
- 1994 – Apoio em Ambulatório
- 1996 – Apoio Domiciliário
- 1998 – Abertura da Residência Madre Teresa de Calcutá
- 2001 – Passagem de Projecto a Direcção de Serviços
- 2003 – Apartamentos Terapêuticos / Reinserção Social
- 2003 – Reabertura da Residência Santa Rita de Cássia
- 2004 – Abertura do Centro de Acompanhamento e Vigilância Terapêutica
- 2005 – Inauguração do Centro de Santa Maria Madalena

1. Análise da Direcção de Apoio à Problemática do VIH/SIDA

Missão

A Direcção de Apoio à Problemática do VIH/SIDA - DIAPVIH/S, é o Serviço da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que tem por missão proceder à gestão das valências de apoio técnico e instrumental no âmbito dos cuidados extra hospitalares para indivíduos e famílias infectados e afectados pelo VIH, com base na evolução social desta problemática. Tem por finalidade a promoção da qualidade de vida e a integração na comunidade dos doentes e portadores do vírus da SIDA que se encontrem situação social, familiar e económica precária e que residam na Cidade de Lisboa.

Valores

- Compromisso com as boas práticas: Humanização dos cuidados, monitorização e revisão sistemática do desempenho;
- Respeito pelos princípios éticos: Integridade, participação e confidencialidade;
- Transparência nos processos de decisão: Processos de decisão baseados em critérios explícitos;
- Gerar Solidariedades: Intervenção no contexto dos diferentes sistemas sociais que lidam com esta problemática;
- Desenvolvimento pessoal e da equipa, para contribuir para a melhoria global dos seus utentes: Formação contínua de Colaboradores e utentes visa o desenvolvimento de competências para obtenção de melhores resultados
- Abertura às alterações conjunturais, nomeadamente nas áreas da Saúde, da Intervenção Social e da Educação: estímulo da interacção com outras entidades para a gestão de sinergias

Atribuições

- Organizar e desenvolver o acompanhamento aos indivíduos infectados pelo VIH/SIDA desinseridos socialmente
- Integrar social e profissionalmente estes utentes, recuperar as relações inter-pessoais destes com a sua rede social de apoio

- Promover acções de formação no âmbito da educação para a saúde, na prevenção da doença e na promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade
- Desenvolver a integração com todos os serviços da Santa Casa e a articulação com os organismos da comunidade de forma a proporcionar aos utentes condições bio-psico-socio-culturais e espirituais dignas.

Oportunidades

No desenvolvimento da nossa actividade contamos desde o início com parceiros informais que são confrontados diariamente com as mesmas dificuldades no acompanhamento e encaminhamento de situações graves. Muitas vezes só com a boa vontade de todos os profissionais e a criatividade de cada um se conseguem estruturar respostas com os recursos, sempre escassos, face a situações-limite apresentadas pela população.

Assim, na estreita articulação com todos os outros serviços, nomeadamente nos dependentes do Serviço Nacional de Saúde, onde os utentes recorrem para apoio clínico, tem a SCML a responsabilidade social de os acompanhar através da DIAPVIH.

Consideramos como Oportunidade a rede de parcerias existente com Hospitais, Clínicas, Centros de Saúde, de Diagnóstico e Terapêutica.

Apoio Clínico	Apoio Social
Hospitais Centrais, em particular Serviços de Infecciologia Hospitais Cívicos de Lisboa, Serviços de Medicina Interna Centros de Saúde	Comparticipação de medicamentos para infeções oportunistas; fornecimento de produtos dermo-cosméticos, dietéticos e descartáveis, ajudas técnicas (camas articuladas, cadeiras de rodas, andadores, canadianas, fornecimento de próteses e ortóteses), alimentação e vestuário, acompanhamento na satisfação das necessidades humanas básicas e supervisão no acompanhamento na adesão terapêutica
Hospital de S. Francisco Xavier Maternidade Alfredo da Costa	O mesmo tipo de apoio mas com maior incidência no apoio a mães e bebés
Centros de Diagnóstico e Terapêutica	O mesmo tipo de apoio em utentes com tuberculose
Centros de Atendimento a Toxicodependência	O mesmo tipo de apoio em utentes toxicodependentes
Centro Regional de Alcoologia	O mesmo tipo de apoio em utentes alcoólicos
Comunidades Terapêuticas	A articulação é feita em relação a utentes toxicodependentes ou alcoólicos que necessitam de internamentos temporários

Ameaças

As macro-estruturas de apoio estão dependentes das orientações políticas de cada governo em relação a questões de qualquer sector do país.

Em relação ao VIH/SIDA várias questões se têm debatido em torno desta problemática, entre elas:

- É ou não um problema grave de saúde pública?
- Têm ou não um impacto nos aspectos psico-sociais da população afectada?
- A notificação obrigatória enquadra-se nas estratégias de intervenção aos 3 níveis da prevenção?
- Como intervir articulando as orientações políticas emanadas pelos vários ministérios?
- Está o Governo português comprometido com as orientações da CE em relação a esta problemática?
- Está o Governo português ou não em conformidade com as directrizes da Organização Mundial de Saúde?
- Faz o Governo português parte do compromisso das Nações Unidas?

A Legislação vigente revela a existência de Disposições Normativas que garantem a existência de benefícios e serviços de apoio a esta problemática. De facto, o problema não tem que ver com a ausência de suporte legal, mas antes com a ineficácia dos Serviços, nomeadamente a nível de organização, por falta de monitorização, de avaliação e controlo da aplicação das orientações legais face à operacionalização do sistema.

Sob o ponto de vista da Instituição, falta ainda agilizar alguns aspectos relacionados com:

- Desadequação dos meios e recursos das TIC;
- Falta de uniformização de critérios na atribuição de benefícios e nas respostas sociais na instituição;
- Dificuldade na implementação de novas acções;
- Desajustamento da dotação de pessoal, face às necessidades actuais do serviço;

Factores Críticos de Sucesso:

- Ø Facilidade na articulação com os serviços internos e externos à instituição;
- Ø Assessoria técnica em áreas fundamentais (infecçiology, psicologia, comportamentos aditivos);
- Ø Conhecimento da realidade social do meio onde se desenvolve a actividade;

- Ø Longa experiência de trabalho e de conhecimento desenvolvida desde 1989 nas áreas – chave;
- Ø Identificação de todas as alterações que se vão verificando no contexto da problemática;
- Ø Constante adaptação e flexibilidade do serviço à realidade envolvente, e desenvolvimento eficaz de respostas efectivas;

Capacidade técnico-profissionais:

- Ø Liderança empenhada e criativa;
- Ø Excelente coesão no trabalho de grupo, com as correspondentes mais valias nos resultados obtidos;
- Ø Compreensão das alterações registadas em todo o processo crítico do doente, e em todas as suas fases;
- Ø Longa experiência de trabalho e desenvolvimento nas áreas chave tratadas (desde 1989);
- Ø Reconhecimento da comunidade face ao trabalho desenvolvido;
- Ø Prestígio e credibilidade da Instituição;

Recursos Humanos

No âmbito dos Recursos Humanos, esta Direcção implementou critérios em relação a uma bolsa de candidatos a quem dirige acções de formação e informação sobre a Instituição, o Serviço e a problemática.

A DIAPVIH integra-se ainda no que está regulamentado para toda a Instituição em relação à selecção, admissão, avaliação de desempenho, progressão na carreira ou dispensa de serviços.

Esta Direcção facilita o acesso aos equipamentos e estimula o convívio com a equipa de trabalho e os utentes. Por um lado para identificar o perfil de quem pretende integrar a equipa, por outro lado proporcionar aos candidatos uma opção com um maior conhecimento de causa.

Outra preocupação fundamental que esta Direcção tem, centra-se na formação contínua com vista a um desempenho actualizado e motivado, onde todos podem colaborar no processo de mudança.

Recursos Humanos		Consultores, Colaboradores e Voluntários		Outsourcing
Director de Serviços	1	Investigação e Formação	1	Higienização e Limpeza
Director de Equipamento	3	Área de Sociologia	1	Catering
Enfermeiro	8	Área de Infecciologia	2	Segurança
Encarregada de Sector	1	Área da Toxicodependência	1	Lavagem e Tratamento de Roupas
Monitor de ATL	5	Pedopsiquiatria	1	
Assistente Administrativo	3	Psicologia	1	
Ajudante de Lar e Centro de Dia	22	Voluntários	7	
Ajudante Familiar	25	Comunicação e Marketing	1	
Motorista	2			
Auxiliar de Serviços Gerais	3			
Cozinheiro	2			

Formação

Este Serviço assume a formação como suporte fundamental na preparação dos profissionais das diversas áreas de apoio a pessoas infectadas pelo VIH/SIDA.

Continuamos a privilegiar as acções de formação desenvolvidas no contexto da Instituição, em colaboração com o Gabinete de Formação da Direcção de Recursos Humanos e/ou outras Instituições.

Colaborou-se também na formação de profissionais de outras Instituições, como Hospitais e Misericórdias, assim como na formação universitária e sócio-profissional.

Realça-se as actividades de formação interna, principalmente a nível da infecção e dos cuidados universais. Nesse sentido elaborou-se um plano anual de formação onde diferentes especialistas e colaboradores administram semanalmente formação em temas como infecciologia, toxicodependência, adesão terapêutica, cuidados universais básicos, aquisição de comportamentos de vida saudáveis, entre outros.

Além da formação contínua dos profissionais, tem também como objectivo o desenvolvimento da formação e informação quer aos utentes quer à comunidade em geral.

A Direcção dispõe ainda do «Espaço Clique Solidário», aberto a todos os interessados em adquirir competências básicas em informática. Possibilita-se assim a utilização de computadores e Internet, com apoio de uma formadora, aos utentes do serviço e a outras pessoas da comunidade que estejam interessadas nesta área de desenvolvimento

Todas as acções de formação são Certificadas.

Consultores

A Direcção dispõe de um leque variado de consultores em diferentes áreas relacionadas com o VIH/SIDA:

- Professora Doutora Odette Ferreira (microbiologista / investigação)
- Mestre Mário Rui André (sociologia da saúde / adesão à terapêutica)
- Dr. António Costa (psiquiatria / toxicodependência)
- Dr. Lino Rosado (infecçiology / pediatria)
- Dr. Kamal Mansinho (infecçiology / adultos)

Estágios Académicos

A DIAPVIH disponibiliza todas as valências e equipamentos para a realização de estágios académicos em diversas áreas curriculares tais como, Serviço Social, Psicologia, Psicologia, Relações Públicas, Sociologia, Enfermagem, entre outras.

Foram celebrados protocolos com Universidades no sentido de formalizar esta colaboração com o ensino e investigação.

Voluntariado

O Serviço tem actualmente 7 voluntários credenciados pelos Serviços.

No entanto, dispõe de *uma bolsa de amigos e colaboradores* que se disponibilizam a exercer acções em prol dos utentes.

Apoio Espiritual

Irmandade da Misericórdia e de São Roque de Lisboa.

2. Equipamentos e Valências

2.1 - Centro de Santa Maria Madalena

Este Centro integra as seguintes valências:

Ø Acompanhamento e Vigilância Terapêutica

Esta resposta funciona em interacção com todos os serviços da Santa Casa e com a comunidade, tais como, Centros de Saúde, Hospitais, CAT's entre outros. Privilegia o acompanhamento psicossocial dos utentes, desenvolvendo para o efeito as seguintes actividades:

- Acompanhamento na Adesão Terapêutica

Tem como principal objectivo acolher, orientar, acompanhar e encaminhar os utentes para outros recursos do serviço, da instituição e da comunidade e proceder à vigilância e fornecimento de medicação, especificamente na prevenção e tratamento das doenças oportunistas, em articulação com os serviços clínicos e sociais, como forma de promover a qualidade de vida dos utentes.

- Toma Observada

Tem como objectivo o acompanhamento terapêutico através de toma observada directamente, fornecimento de medicação e articulação com os serviços clínicos e sociais de forma a promover a qualidade de vida do utente.

Ø Apartamentos Assistidos

Visam garantir a satisfação das necessidades humanas básicas dos utentes, através de acompanhamento terapêutico, apoio domiciliário, apoio na gestão da partilha de habitação e na organização do espaço e das actividades de vida diária, como forma de minimizar as suas dificuldades de integração na comunidade. Actualmente gerimos 12 apartamentos com um total de 48 utentes.

De realçar que a criação destes apartamentos é um objectivo da SCML no âmbito do PNAI (Plano Nacional de Acção para a Inclusão).

Ø Centro de Dia

Tem como objectivo proporcionar um espaço de convívio, garantindo a satisfação das necessidades humanas básicas e o acompanhamento terapêutico, organizando e motivando os indivíduos a descobrir interesses e capacidades.

Ø Apoio Domiciliário

Prestação de cuidados aos utentes em suas casas, incluindo as actividades de vida diária (AVD), higiene e conforto, alimentação, bem como a vigilância terapêutica e os cuidados directos de carácter físico e apoio psicossocial, funcionando como uma alternativa ao internamento prolongado.

2.2 - Apoio Residencial

A DSAPVIH/SIDA dispõe de duas residências que têm como objectivo geral organizar e desenvolver a assistência a indivíduos e famílias com ARC/SIDA, desfavorecidos de meio social, familiar e económico, e que tenham dificuldades em organizar a sua vida por diversas razões, proporcionando-lhes uma qualidade de vida compatível com a maior longevidade dos indivíduos afectados pelo VIH/SIDA.

Ø Residência Santa Rita de Cássia

Esta Residência é composta por 5 apartamentos para famílias monoparentais e tem como finalidade facilitar o processo de integração destas famílias na comunidade através do desenvolvimento de capacidades e competências na organização de vida.

Ø Residência Madre Teresa de Calcutá

Esta residência está preparada para receber 25 indivíduos em fase de SIDA, que se encontrem numa situação de total ou parcial dependência de terceiros para satisfazer as suas Necessidades Humanas Básicas. Os indivíduos

permanecem nesta residência enquanto não estiverem suficientemente independentes para que seja possível a sua integração na comunidade.

3. Atribuições e nº de Actividades do ano 2008

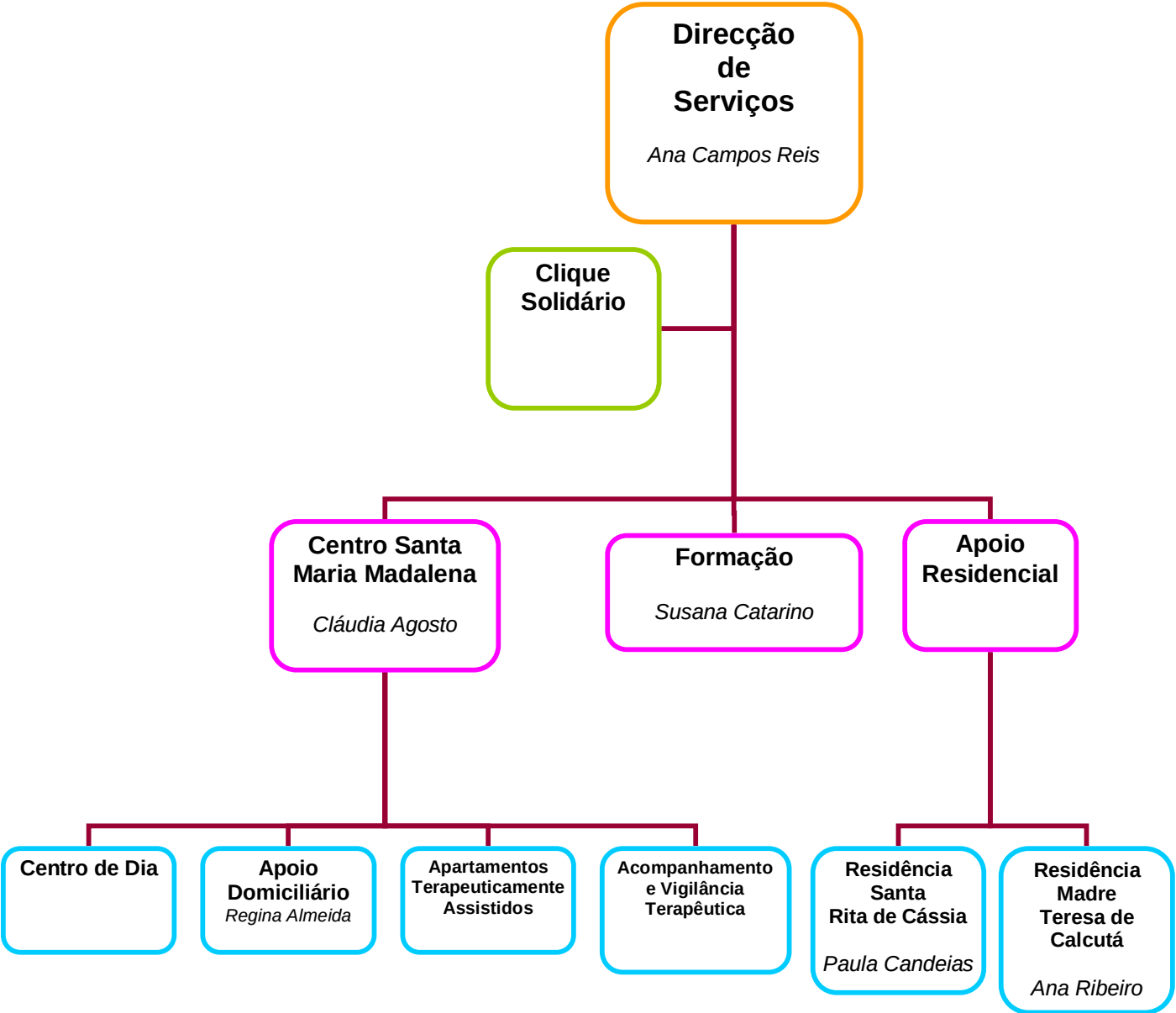
As atribuições descritas anteriormente são desenvolvidas nos equipamentos e valências seguintes:

- Vigilância e Acompanhamento Terapêutico
- Centro de Dia
- Apoio Domiciliário
- Apartamentos Assistidos
- Apoio Residencial
- Formação

No ano de 2007 constatou-se o seguinte número de utentes distribuídos pelas diversas actividades:

Valências	Total Utentes	Actividades	Total Acções
A. Adesão Terapêutica	881	Formação	43
Toma Observada	43	Informação	25
Apartamentos Assistidos Terapeuticamente	48	Estágios	10
Apoio Residencial	70	Visitas de Estudo	32
Centro de Dia	100	Reuniões	54
Apoio Domiciliário	113	Clique Solidário	75
Formação	68		

4. Organograma



5. Contactos

- Direcção

Largo Trindade Coelho

1200 - 470 Lisboa

Tel: 21 323 51 85

Fax: 21 323 50 01

Clique Solidário

Av. Almirante Reis,
nº 16 R/C Esq.
1150 - 008 Lisboa

Tel: 21 880 21 50

Fax: 21 880 21 59

E-mail: ana.reis@scml.pt

E-mail: csmmadalena@scml.pt

- Centro de Santa Maria Madalena

E-mail: csmmadalena@scml.pt

Av. Almirante Reis,
nº 16 R/C Esq.

1150 - 008 Lisboa

Tel: 21 880 21 50

Fax: 21 880 21 59

- Residência Santa Rita de Cássia

E-mail: paula.candeias@scml.pt

Av. General Norton de Matos,
nº 31

1500 - 125 Lisboa

Tel: 21 720 06 60

Fax: 21 720 06 68

- Residência Madre Teresa de Calcutá

E-mail: ana.ribeiro@scml.pt

Rua D. Lourenço de Almeida,
nº 21

1400 – 125 Lisboa

Tel: 21 303 21 37

Fax: 21 302 09 78

6. Parcerias Externas à SCML

- Centro de Atendimento a Toxicodependentes

(Apoio específico a nível da problemática da toxicodependência)

- *Centros de Diagnóstico e Terapêutica*
(Apoio específico a nível da problemática da tuberculose)
- *Hospitais Centrais de Lisboa*
(Acompanhamento clínico da infecção pelo VIH/SIDA)
- *Centros de Saúde*
(Acompanhamento ao nível da saúde comunitária)
- *Instituto de Emprego e Formação Profissional*
(Apoio específico ao nível da reintegração sócio-laboral)

7. Protocolos

- *Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida*
- *Hospital de D. Estefânia (Serviço de Imuno-Hematologia)*
- *Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (Centro de Patogénese Molecular – Unidade de Retrovírus)*
- *Universidade Lusófona (Área de Psicologia Criminal e Comportamentos Desviantes)*
- *Fundação Portuguesa Contra a Sida*
- *Associação Promotora de Ensino e Formação de Fátima*

**Anexo II – Inquérito utilizado no estudo de carácter investigativo
no DIAIBE**

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e em Enfermagem Comunitária, estágio realizado pelos alunos David Paniagua e João Geraldo no Centro de Santa Maria madalena, Direcção de Apoio a Inserção e Bem Estar (DIAIBE), pertencente a Santa Casa da Misericórdia, estabelecemos como objectivo comum analisar hábitos existentes e risco de hábitos etanólicos e toxicofílicos na população pertencente aos Apartamentos Terapêuticamente Assistidos.

Neste contexto consideramos que será fundamental a realização da presente entrevista, de modo a conhecer a população supracitada, assim os seus hábitos actuais, antecedentes pessoais e possíveis riscos.

Data de aplicação da entrevista: ____/____/____

Cód:

Data de nascimento: ____/____/____

Data na inscrição: ____/____/____

Idade na inscrição: _____

Em apartamento desde: _____

1 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

☐ VIH 1

☐ VIH 2

☐ HBS

☐ HBC

☐ TP

☐ LEMP

☐ Diabetes

☐ Hipercolesteremia

☐ HTA

☐ Hábitos etanólicos

☐ Hábitos toxicofílicos

☐ Outros: _____

2 - HOSPITAIS DE SEGUIMENTO:

☐ Hospital – Infecciologia: _____

☐ ARS: _____

☐ Instituição de Saúde: _____ ☐ U. de
desabitação: _____

3 - SITUAÇÃO LABORAL:

☐ Empregado (actividade se
existir): _____

☐ Desempregado (subsídio de desemprego): _____

☐ Reformado / Pensionista (riscar a resposta invalida): _____

4 - MÉTODO DE CONTÁGIO:

☐ Heterossexual

Toxicodependente

☐

Transusão

☐ Homo/Bissexual

Prostituição

Vertical

☐ Notas: _____

5 - ESCOLARIDADE: _____

6 - COMPORTAMENTOS ADITIVOS:

a) SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

Aplicação de testes para detecção de drogas na urina

	Data	Res.	Data	Res.	Data	Res.	Data	Res.	Data	Res.
MOP										
COC										
THC										
Álcool- teste										

Substância		Modo de administração	Consumo diário	Início do consumo	Ultimo consumo
Cocaína					
Heroína					
Cannabis					
Anfetaminas					
Barbitúricos					
Ectasy					
BZD					

b) ÁLCOOL

Actualmente consome álcool? ☐ SIM ☐ NÃO

Qual o padrão habitual de consumo? _____

CAGE

Fonte: FERREIRA-BORGES, C.; CUNHA FILHO, H. Intervenções breves. Álcool e outras drogas. Lisboa: Climepsi, 2007.

Alguma vez sentiu que deveria diminuir ou parar o seu consumo de álcool? ☐ SIM ☐ NÃO

Alguma vez se sentiu aborrecido por alguém criticar o seu modo de beber? ☐ SIM ☐ NÃO

Alguma se sentiu culpado por causa da forma como costuma beber? ☐ SIM ☐ NÃO

Alguma teve que beber assim que se levantou , para diminuir o nervosismo ou a ressaca? ☐ SIM ☐ NÃO

NOTA: Duas ou mais respostas afirmativas indicam uma provável dependência de álcool

Já teve problema relacionados com o abuso de álcool? ☐ SIM ☐ NÃO

Bebeu nas ultimas 24 horas? ☐ SIM ☐ NÃO

AUDIT

Fonte: FERREIRA-BORGES, C.; CUNHA FILHO, H. Intervenções breves. Álcool e outras drogas. Lisboa: Climepsi, 2007.

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = 0, 1 ou 2

1 = 3 ou 4

2 = 5 ou 6

3 = 7, 8 ou 9

4 = 10 ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semanas

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

TOTAL _____ pontos

- **0** - Abstinentes
- **1 a 7** - Bebedores baixo risco ou moderado
- **8 a 19** - Bebedores de risco (8 a 15) ; Nocivos (16 a 19)
- **20 a 40** - Dependentes

MINI – MENTAL STATE – MMS

1. **ORIENTAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correcta).

- ☐ Em que ano estamos?
- ☐ Em que mês estamos?
- ☐ Em que dia do mês estamos?
- ☐ Em que dia da semana estamos?
- ☐ Em que estação do ano estamos?
- ☐ Em que país estamos?
- ☐ Em que distrito vive?
- ☐ Em que terra vive?
- ☐ Em que casa estamos?
- ☐ Em que andar estamos?

Nota:

2. **RETENÇÃO** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

- ☐ Pêra
- ☐ Gato
- ☐ Bola

Nota:

3. **ATENÇÃO E CÁLCULO** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

- ☐ 27
- ☐ 24
- ☐ 21
- ☐ 18
- ☐ 15

Nota:

4. **EVOCAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

- ☐ Pêra
- ☐ Gato
- ☐ Bola

Nota:

5. **LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).

a. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

- ☐ Relógio
- ☐ Lápis

Nota:

b. "Repita a frase que eu vou dizer:
O RATO ROEU A ROLHA"

Nota:

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

- ☐ Pega com a mão direita
- ☐ Dobra ao meio
- ☐ Coloca onde deve

Nota:

Folstein, Folstein e McHugh, 1975, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hosp. Sta. Maria

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto, ler-se a frase.

☐ Fechou os olhos

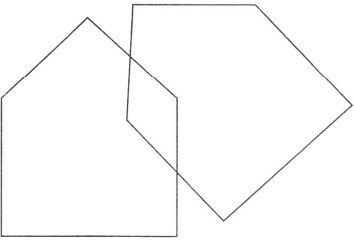
Nota:

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

6. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta.)
Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados.
Não valorizar tremor ou rotação.

DESENHO

CÓPIA



(Máximo 30 pontos)

TOTAL:

Pontos de Corte
(População Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

FECHE OS OLHOS

Data:	
Observações:	Intervenções:

Data:	
Observações:	Intervenções:

Data:	
Observações:	Intervenções:

**Anexo III - Quadro resumo de testes de detecção de
metabolitos na urina**

**QUADRO RESUMO DA REALIZAÇÃO DE TESES DE
DETECÇÃO DE METABOLITOS NA URINA**

SUBSTÂNCIA	1º TESTE	2º TESTE	3º TESTE	TESTES POSITIVOS
<i>Álcool</i>	37	37	4	2 positivos – 1º teste
<i>Heroína</i>	37	37	5	1 positivo – 1º teste 1 positivo – 2º teste
<i>Cocaína</i>	37	37	5	0
<i>Cannabinoides</i>	37	37	5	2 positivos – 1º teste 2 positivos – 2º teste 1 positivos – 3º teste

**Anexo IV – Quadro resumo de actividades desenvolvidas no
DIAIBE**

CÓDIGO	AUDIT				CAGE			ANT. PESS		RES.	INTERVENÇÃO	SITUAÇÃO IDENTIFICADA
	I	II	III	IV	I	II	III OU IV	SIM	NÃO			
3073/06	1						1	1		N	Educação no sentido de esclarecer o grau de risco do consumo, assim como as dependências associadas (poli-consumos). Esclarecimentos sobre os consumos de álcool assim como a possibilidade substituição de dependências (Risco de outras drogas). Testes para as drogas negativos.	Níveis de detecção de dependências diferentes no CAGE e no AUDIT
1623/00			1		1				1	N	Intervenção nível III, começando pela educação e pelos riscos associados ao consumo abusivo/nocivo do álcool ou outro tipo de drogas mesmo ela não consumindo. Aconselhamento das atitudes correctas e algumas mudanças comportamentais, encaminhadas para a redução de riscos associados. Foi realizado um controlo posterior a entrevista de álcool com resultado negativo.	Discrepância entre os testes ligada ao CAGE questionar mais o presente e o AUDIT os últimos 12 meses.
3512/09		1				1			1	N	Intervenção orientativa respectivamente aos perigos associados ao álcool visto não ter outro tipo de consumos associados.	Graus de riscos coerentes em ambos os testes
2388/03			1				1	1		P	Intervenções nível III, tendo em conta que teve álcool-teste	Doentes com um estado físico muito

										positivo, foram feitos três testes sendo os dois últimos negativos. Feita proposta para marcação de Consulta especializada visto ter antecedentes pessoais de outros consumo (coc, mop, thc) a qual recusou. Actualmente em programa de metadona na Unidade das TAIPAS, a qual foi contactada para saber resultados e informações clínicas e de enfermagem PERTINENTES. Mantém recusa de marcação para Unidade de Alcoologia. Utente agressivo no primeiro contacto mas que aceito a redução do álcool (2 testes negativos)	degradado, com outro tipo de patologias associadas como diabetes, HTA, que não estavam controladas pelos consumos de álcool. Proposto para uma residência por não ter condições de manter-se em ATA, com melhoramento da situação de saúde.	
3000/06	1				1			1		N	Utente com antecedentes de consumo de heroína, mas que actualmente refere estar abstinente, com resultados dos testes negativos. Feita intervenção nível de educação, para esclarecimento do risco de recaída. Utente em processo de alfabetização, tendo sido também encaminhado para a ligação dos invisuais para estudo do deficit evidente visual.	Aparentemente sem problemas acxtuais de consumos de álcool ou outro tipo de drogas, aproveitou a sessão individual de educação com aparente aproveitamento da informação.
2436/04		1				1			1	N	Intervenção nível sobre orientação	Resultados coerentes a nível do CAGE e do AUDIT
2288/03			1		1			1		N	Intervenção nível III, com as implicações inerentes a esse nível, sem grande capacidade de insight. Apresenta	Níveis de risco dissociados, tendo em conta que actualmente está abstinente segundo os testes,

											3516/09	1					1		1	N	Intervenção nível II, mesmo com resultado de AUDIT, para nível I, visto ele reconhecer no CAGE, alguns consumos tendo-os negado quando feito o AUDIT.	compreensível.
											3557/09		1				1		1	N	Intervenção nível II, encaminhamento para consulta de oftalmologia, com insight para a mudança de comportamento.	Níveis discrepantes de risco, tendo sido aplicado o nível II, pelos antecedentes pessoais de consumo de drogas e pela discrepância dos tetes (Negação).
											1923/01			1					1	N	Informações dos técnicos referem consumo de álcool que ele nega no CAGE, mas que termina por aceitar no AUDIT. Feita intervenção nível III, tendo dificuldade no aconselhamento e reconhecimento dos consumos. Feito segundo álcool teste com resultado negativo.	Resultados discrepantes dos testes.
											0510/96			1				1		P	Nível de intervenção nível III, considerando que teve um 1º álcool-teste positivo, sendo o segundo negativo, o que mostra alguma capacidade de insight na abordagem efectuada. Monitorização comportamental feita tendo sido apreciada alguma diminuição da ansiedade.	Utente possivelmente dependente de BZD, mas com resultados para outras drogas negativos.
											3019/06		1					1		N	Intervenção nível 2, com dificuldade em falar dos seus consumos de cocaína, heroína e cannabinoídes, apresentando sentimento de culpa e de vergonha. Reconhecimento da	Feito esclarecimento do percurso natural da doença o que facilitou o facto de reconhecer os seus consumos numa tentativa de ultrapassar a

										doença. Encaminhamento para Consulta d psicologia.	vergonha começando activamente a mudança.
1401/99	1				1		1			Intervenção nível II, mesmo com resultados nível I no CAGE no AUDIT reconheceu os consumos. Com dificuldade na possibilidade de o álcool representar um potencial problema na sua vida.	Foi identificação uma dificuldade na motricidade fina, secundária a uma toxoplasmose, pelo que não foi encaminhada visto estar estudada.
1034/98			1			1	1		N	Feita tentativa de abordagem nível III, sem êxito pelo utente não estar motivado para a mudança (fase pré-contemplativa), em absoluta negação respectivamente aos seus consumos de álcool. Feito um novo álcool-teste com resultado negativo igual ao 1º.	Doente com dificuldade na motricidade fina e uma afasia de expressão, que poderia ser confundida com um deficit cognitivo, mas que não se verificou com o MMS. Apresenta alguns comportamentos agressivos, fundamentalmente hetero-agressivos e foi encaminhado para a psiquiatria (avaliação de rotina).
0002/90				1			1		1	Abordagem nível IV, utente com insight e com capacidade para reconhecer a sua dependência. Marcação de Consulta em Alcoologia para o Dr Joaquim Custodio, dia 09/07/09 às 10 horas.	Testes que indicam ambos provável dependência. Utente seguido na Unidade de Alcoologia, com vários internamentos e seguido em consulta mas, que faltou as duas ultimas. Feita remarcação de consulta na Unidade e que aguarda confirmação. Feito um segundo álcool-teste também com resultado

												negativo.
1291/98		1			1			1	N	Abordagem nível II, considerando o resultado do AUDIT	Sem dificuldade em reconhecer a importância da orientação. Aparentemente com capacidade para identificar os factores de risco associados ao consumo de álcool.	
3088/06		1			1			1	N	Abordagem nível II, considerando o resultado do AUDIT. Feito reforço de estratégias de prevenção de recaídas e da não substituição de dependências (drogas para álcool)	Utente dependente de cocaína e heroína, actualmente em abstinência, mas não em programa de recuperação. Reconhece as fases da mudança indicadores de recaída.	
1748/00		1					1	1	N	Considero que a abordagem adequada seria nível III, mesmo o Audit referir nível II, visto o utente reconhecer que já teve problemas de abuso relacionados com o álcool.	Utente que mostrou-se motivado para a orientação mas renitente ao aconselhamento (intervenção muito breve), feito 2ª álcool teste, com resultado negativo (monitorização)	
2572/04	1				1			1	P	Utente ao que foi aplicada a abordagem nível I, que recebeu de uma forma superficial e sem apresentar sinais objectivos de atenção perante a mesma. 1º teste de MOP positivo. Nega dependência de heroína, mas quando motivado para a paragem da substância não consegue visto o resultado do segundo teste ser também positivo.	Utente que foi encaminhado por varias vezes para desintoxicações sem êxito, recusa consulta externa, feita marcação para consulta nas Taipas, com a Drª Clara dia 22/05/09 às 14:30.	

2883/05	1				1			1		N	Nível I – Educativo. Feito reforço da importância da prevenção de recaída, assim como a manutenção da abstinência. Tem historia de consumos de THC e heroína actualmente com resultados negativos.	Recebeu as informações de uma forma aparentemente construtiva, dando exemplos da aplicabilidade dos conhecimentos no seu dia a dia.
2339/03		1			1			1		P	Nível II – com carácter mais educativo, com antecedentes de consumos de THC, mas parou consumos há cerca de 20 anos (consumo de baixo risco), resultados para os testes de urina negativos.	Feita validação verbal dos conhecimentos abordados a nível da intervenção com fixação de alguns conhecimentos sobre os tipos de consumo e os malefícios das substancias psicoactivas incluindo o álcool.
571/96		1			1			1		N	Feita intervenção nível II pelo resultado no AUDIT, mesmo tendo um resultado contraditório no CAGE. Feita intervenção fundamentalmente psico-educativa.	Utente não muito motivado para intervenção educativa, em negação sobre a possibilidade do álcool provocar qualquer tipo de dano na interacção com os fármacos.
2443/04			1				1	1		P	Feita intervenção nível III, com negação da importância da prevenção da recaída considerando o utente que o passado da toxicodependência está encerrado e a possibilidade de recair não existe. Resultados dos testes de urina negativos.	Testes com resultados homogéneos enquanto a intervenção.Com dificuldade em estabelecer relação terapêutica com o utente. Em fase pré-contemplativa, com dificuldade em começar a mudança e passar a fase contemplativa.
3210/07	1				1				1	N	Dificuldade em perceber conceitos em português relacionados com a alfabetização e questões culturais. Resultados dos	Resultado do MMS, dentro da normalidade para a escolaridade.

										testes negativos.	
3381/08	1				1			1	N	Intervenção nível I, com capacidade de insight, tendo fixado conceitos básicos dos riscos dos consumos, fundamentalmente relacionados com o risco da interacção medicamentosa.	
1286/09	1				1			1	N	Feita intervenção I	Tem antecedentes de consumos de drogas mas, tendo sido os resultados agora negativos na urina. Apresentou-se motivada para receber informações relativas a prevenção de recaída, mas não reconhece o problema de consumo como uma possível patologia.
2020/01		1			1			1	N	Feita intervenção nível II, com um carácter mais educativo.	Não foram evidenciados riscos de dependência de álcool ou qualquer outro tipo de drogas.
3167/07		1			1			1	P	Feita intervenção nível para o álcool e outro tipo de drogas, especialmente para cannabinoídes, visto ter tido resultado positivo. Em negação perante os consumos de THC, que terminou por aceitar quando confrontado com o resultado. Feito um novo teste no final do estágio também com resultado positivo, mostra arrependimento, mas nega a possibilidade de uma consulta por considerar que não tem um problema com o consumo de cannabinoídes.	Feito contrato de repetição do teste passadas duas semanas. Nega a possibilidade de ter um dependência relacionada com os cannabinoídes, não mostra parâmetros de risco de dependência de álcool.

2792/05				1			1		1	N	Feita intervenção nível IV, com dificuldade no reconhecimento da possível dependência de álcool.	Feito álcool-teste com resultado negativo em duas datas diferentes. Testes coerentes nos seus resultados, CAGE e AUDIT.
1880/01		1			1			1		N	Feito intervenção nível II, pelo resultado obtido no AUDIT, com antecedentes de consumo de drogas, actualmente com resultado negativo de testes na urina.	Reconhece a importância da prevenção de recaídas, assim como a dependência que tem a cocaína e heroína, mesmo estando abstinente.
3383/08	1				1				1	N	Testes coerentes nos seus resultados. Feita intervenção nível I com carácter educativo. Refere que a sua religião não lhe permite o consumo de qualquer tipo de substancia psico-activa (muçulmano)	Encaminhamento para consulta de oftalmologia por dificuldade na acuidade visual.
3401/08		1					1	1		N	Utente que reconhece a pendência de álcool e outro tipo de substancias, feita intervenção nível III, com capacidade de insight por parte do utente. Mesmo tendo antecedentes de consumo refere abstinência prolongada, com testes de urina negativos.	Apresenta resultas não coerentes nos testes, sendo inferior a nível de intervenção no CAGE.
2914/05			1				1	1		P	Feita intervenção nível III, a nível do álcool, com tentativa de marcação em Alcoologia, a qual recusou. Em negação respectivamente aos consumos de álcool. Testes positivos para cannabinoiides e negativos para o resto incluindo o	Na entrevista referiu que não consumia Cannabinoides há três anos, mas o resultado do teste foi positivo, quando confrontado com dificuldade para confirmar as evidências, 8 dias depois o teste mantêm-se positivo, sendo isto

										álcool. Tem antecedentes de consumos de THC, MPO e COC. Marcada Consulta de Alcoologia com o Dr Joaquim Custodio.	possível se for um grande consumidor. Combinado um novo teste para dia 05/06/09 com resultado positivo, sem critica perante o seu comportamento, nega a possibilidade de uma consulta, ainda em fase contemplativa.
3528/09	1				1		1		N	Intervenção Nível II – Apresenta antecedentes de consumo de álcool, mas reconhece ser dependente de substâncias psicoactivas, em abstinência há 12 anos, mas refere sentir esporadicamente craving (compulsão, deejó de consumo). Feita uma intervenção mais educativa perante o álcool e orientativa perante as outras drogas, dando um especial ênfase a prevenção de recaída. Testes de urina negativos.	Feita validação dos conhecimentos, tendo integrado os conceitos fundamentais de dependência, recaída e prevenção da mesma.

Anexo V – Acção de educação para a saúde, dirigido aos utentes do DIAIBE, sobre auto-medicação e malefícios do álcool.

AUTOMEDICAÇÃO

Medicamento



São todas as substâncias ou composições que possuam propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, do homem ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções;

AUTOMEDICAÇÃO

Medicamento



Objectivos

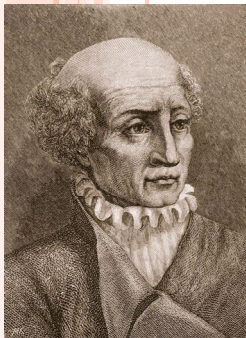
Profiláxia

Tratamento

Diagnóstico

AUTOMEDICAÇÃO

Medicamento



“*Todo o medicamento é potencialmente um veneno: o que distingue um medicamento de um veneno é tão somente a dose*”

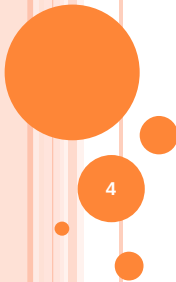
Paracelsus, 1493-1531

AUTOMEDICAÇÃO

Todo o Medicamento é uma Droga!

É um produto artificial que pode ser perigoso se tomado:

- ↳ **Em doses superiores às que o médico indicou;**
- ↳ **Por um período mais longo que o indicado;**
- ↳ **Se tomados para uma doença para a qual não estão indicados.**



QUANDO SURGE UMA SITUAÇÃO DE MAL-ESTAR (FÍSICO OU PSICOLÓGICO)...

...O QUE FAZEM?



AUTOMEDICAÇÃO

A solução imediata...

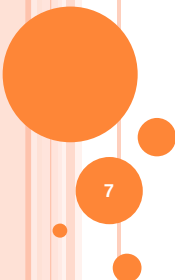


Todos temos em casa um armário onde guardamos vários medicamentos, recorrendo a ele quando nos sentimos mais em baixo: pomadas, analgésicos, antibióticos, vitaminas...

“Má disposição”, uma “pequena alergia”, “dor de cabeça”, “cansaço”... Para quê ir ao médico, se temos em casa um comprimido ótimo para o efeito? E o tempo que se perde em obter uma consulta? Ter que faltar ao trabalho? Talvez estes desconfortos pudessem terminar após um breve período de tempo, sem qualquer medicação. Contudo, nós não esperamos e queremos ser medicados.

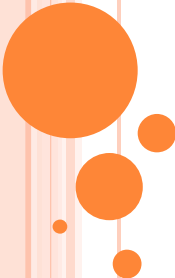
AUTOMEDICAÇÃO

O que é a automedicação?

- 
- ↳ É assumido como atitude de automedicação aquela em que o utente solicitou um medicamento sem a apresentação de receita médica.

AUTOMEDICAÇÃO

ASPECTOS NEGATIVOS DA AUTOMEDICAÇÃO

- 
- ↳ São vários os aspectos negativos da automedicação, com risco para a própria pessoa:

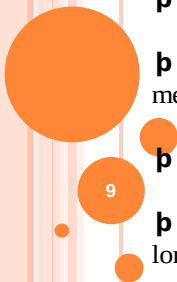
- p** Diagnostico incorrecto do distúrbio;
- p** Retardamento do reconhecimento do distúrbio, com possível agravamento;
- p** Escolha da terapia inadequada;
- p** Administração incorrecta do medicamento;
- p** Dosagem inadequada ou excessiva;
- p** Uso excessivamente curto ou prolongado;



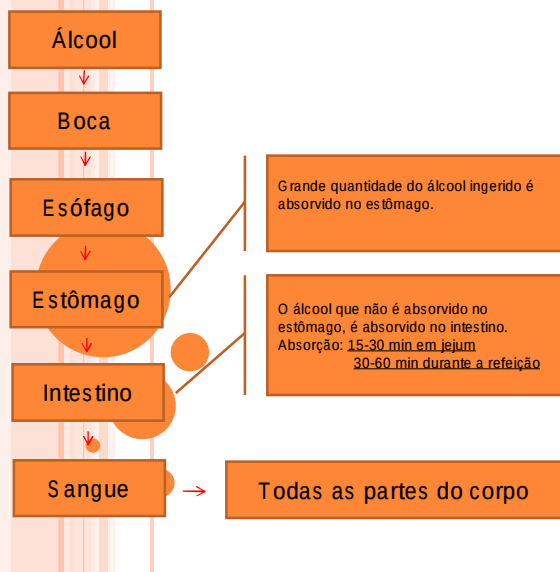
Automedicação

Aspectos Negativos da Automedicação

- ▮ Risco de dependência;
- ▮ Possibilidade de efeitos indesejados sérios;
- ▮ Incapacidade de reconhecer riscos farmacológicos especiais
- ▮ Desconhecimento de possíveis interações com outros medicamentos;
- ▮ Possibilidade de reacções alérgicas;
- ▮ Armazenamento incorrecto ou por tempo excessivamente longo do medicamento.



Malefícios do álcool



11

11

- ### 💰 Efeitos a longo prazo:

- ❖ Cancro do esófago e estômago.
- ❖ Gastrites erosivas.
- ❖ Alteração dos movimentos do intestino.
- ❖ Alteração da absorção de vitaminas essenciais.

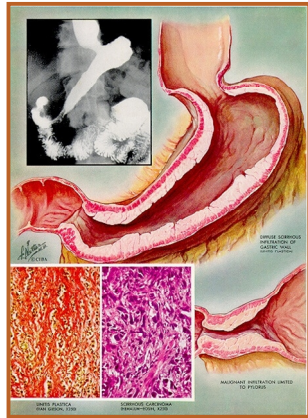
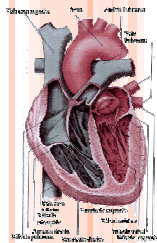


Imagem 2- Câncer do estômago



Malefícios do álcool Cardio-vascular

♣ Efeitos a curto prazo:

- ∅ Ligeiro aumento da F.C. e vasodilatação.

♣ Efeitos a longo prazo:

- ∅ Diminuição da resistência dos vasos sanguíneos.
- ∅ Diminuição da quantidade de oxigénio que é levada ao cérebro.
- ∅ Hipertensão arterial.
- ∅ Doença cardíaca alcoólica (principalmente relacionada com os efeitos tóxicos do álcool no coração).

13

Malefícios do álcool Fígado

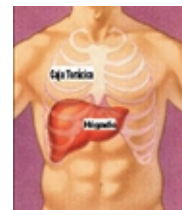
♣ Efeitos a curto prazo:

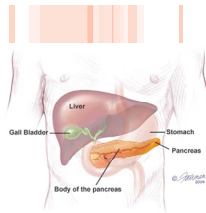
- ∅ Poucas alterações hepáticas.

♣ Efeitos a longo prazo:

- ∅ “Fígado gordo”.
- ∅ Hepatite alcoólica.
- ∅ Cirrose.
- ∅ Cancro do fígado.

14





Malefícios do álcool

Pancreas

♣ **Efeitos a curto prazo:**

- ∅ Não são conhecidos.

♣ **Efeitos a longo prazo:**

- ∅ 75% dos casos de pancreatite.
- Obstrução de canais pancreáticos.
- 15 ∅ Lesões pancreáticas.
- ∅ Diabetes (Hipoglicémia + Desnutrição = Situação potencialmente fatal).

Malefícios do álcool

Sistema imunológico

♣ **A curto prazo:**

- ∅ Diminuição das protecções do organismo contra infecções.

♣ **A longo prazo:**

- ∅ Infecções (ex: tuberculose).

Malefícios do álcool Sistema Nervoso Central

♣ **Efeitos a curto prazo:**

- Ø **0,3g/l** - Alteração da capacidade de condução.
- Ø **0,5g/l** - Alterações da concentração e humor.
- Ø **1,5-3g/l** - Perda do auto-controle, discurso arrastado e movimentos descoordenados.
- 3g/l** - Perda de consciência, hipotermia, diminuição da tensão arterial, depressão respiratória, morte.

17

Malefícios do álcool Sistema Nervoso Central

♣ **Efeitos a médio/longo prazo:**

- Ø Desorientação no tempo e no espaço permanente.
- Ø Alterações da memória a curto prazo.
- Ø Destruição de nervos que controlam os braços e pernas.

18

A reter...

- ¢ As situações descritas são reversíveis até certo ponto se:
- ü Cessar a ingestão de álcool.
- ü Forem tomadas as medidas para ajudar o organismo a recuperar:
- ø Alimentação equilibrada.
- ø Exercício físico.
- ø Diminuir ou parar de fumar.

FALSOS CONCEITOS RELACIONADOS COM O ÁLCOOL

O ÁLCOOL NÃO FACILITA AS RELAÇÕES SOCIAIS

O álcool em quantidades moderadas tem um efeito desinibidor que parece facilitar a convivência (desinibição sexual).



Difícil controlar os consumos nesse ponto



RELAÇÃO SOCIAL SUPERFICIAL E ARTIFICIAL.



FALSOS CONCEITOS

O Álcool Não Aquece

Vasodilatação periférica



Diminuição da temperatura corporal (central)



Quando o sangue regressa ao coração há necessidade de o organismo despende energia no restabelecimento da sua temperatura.



FALSOS CONCEITOS

O Álcool Não hidrata

O consumo de bebidas alcoólicas



Metabolismo de álcool



Eliminação através de urina e sudorese



Exige mais de água



FALSOS CONCEITOS

O Álcool Não fornece energia

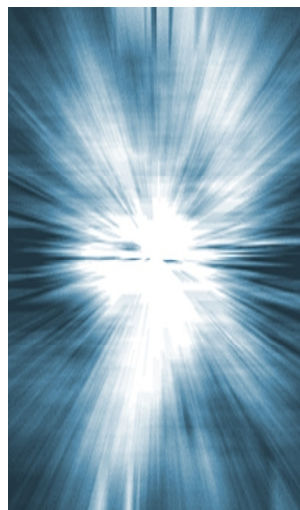
O álcool tem um efeito estimulante e anestésico



disfarça o cansaço



o organismo vai gastar ainda mais energias para metabolizar o álcool que se encontra no fígado.



FALSOS CONCEITOS

O Álcool Não Ajuda o processo digestivo



O Álcool Não é um nutriente “caloria vazia”



O Álcool Não é um fármaco



FALSOS CONCEITOS



**O CAFÉ NÃO
REDUZ A
ALCOOLÊMIA**

FALSOS CONCEITOS



**O ÁLCOOL NÃO MELHORA O
DESEMPENHO SEXUAL**



INTERACÇÃO ÁLCOOL – OUTRAS DROGAS



**Anexo VI – Acção de educação para a saúde sobre Alcoolismo,
dependências e redes de apoio (Ligação entre a Unidade de
Alcoologia e o DIAIBE)**

Projecto de Estágio
Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária
Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica

*Análise do Comportamento e Estilos de Vida
Saudáveis*

*David Paniagua
João Geraldo*



Introdução

Saúde Comunitária

A saúde Comunitária visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades em todo o seu ciclo de vida.

Saúde Mental e Psiquiátrica

A saúde Mental percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, sendo fundamental a articulação dentro da saúde, em particular com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o envolvimento com outros sectores e áreas.



Objectivo específico Módulo I:



- Identificar os indivíduos institucionalizados em Apartamento Terapeuticamente Assistido integrados no Centro de Santa Maria Madalena que mantém hábitos de toxicofilia e alcoolismo;



JUSTIFICAÇÃO

- Acção prioritária no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 nas estratégias de *Abordagem à Gestão Integrada da Doença – Infecção por VIH e Sida e Mudança Centrada no Cidadão – Comportamentos e Estilos de Vida Saudáveis*;
- População acessível sendo que frequenta o Centro de Santa Maria Madalena diariamente;



JUSTIFICAÇÃO

- Facilidade na consulta dos processos;
- Facilidade na comunicação com os indivíduos;
- Facilidade na observação dos indivíduos e das suas actividades de vida diárias;
- Facilidade na aquisição de material para despiste de drogas/álcool nos indivíduos;



ACTIVIDADES MÓDULO I:

- Consulta dos processos individuais;
Aplicação de entrevistas;
- Aplicação de testes para despiste de drogas/álcool nos indivíduos;
- Avaliação e gestão de recursos humanos, materiais e estruturais para o despiste de drogas/álcool nos indivíduos;



- Identificação dos indivíduos;
- Apresentação dos resultados;
- Gestão dos recursos (humanos, materiais e estruturais) necessários para atingir as actividades atrás planeadas.

ACTIVIDADES	UTILIZAÇÃO	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES
Aplicação de Entrevista	único	Caracterização do utente	
MMS	único	Caracterização do utente	Avaliação de necessidades tais como: -alfabetização -oftalmologia -fisioterapia -etc.
CAGE	único	Consumo habitual / risco de consumo de álcool	-Encaminhamento para instituições competentes e acompanhamento clínico -Intervenções individuais e em grupo
AUDIT	único	Consumo habitual / risco de consumo de álcool	
Álcool-Teste	3 vezes ao longo do estágio	Despiste de substâncias	
Testes de urina - Opiáceos - Heroína - THC	2 vezes ao longo do estágio	Despiste de substâncias	-Encaminhamento para instituições competentes e acompanhamento clínico -Encaminhamento para comunidades terapêuticas -Intervenções individuais e em grupo



INSTRUMENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

CAGE

Este instrumento é um questionário de aplicação breve e simples construído por Ewing e Rouse em 1970. Composto por 4 perguntas é dirigido a indivíduos que potencialmente poderão ter problema – consumo excessivo ou eventual dependência (DSM-IV) – identificando os que eventualmente apresentem este tipo de problemática.

- C – Cut Down – Diminuir**
- A – Annoyed – Aborrecido/Irritado**
- G – Guilty - Culpa**
- E – Eye Opener – Beber de manhã**



CAGE

- 1. Alguma vez senti que tinha de parar ou diminuir o consumo de álcool?**
- 2. Alguma vez me senti incomodado por críticas alusivas ao meu consumo de álcool?**
- 3. Alguma vez me senti culpado por causa do meu consumo de álcool?**
- 4. De manhã, alguma vez tive de beber para combater a ressaca?**



RESULTADOS

- 1 RESPOSTA “SIM” – motivo para investigar de forma mais detalhada**
- 2 ou mais RESPOSTAS “SIM” – Está numa situação de provável dependência alcoólica devendo procurar ajuda especializada**



- Menor sensibilidade do que o AUDIT, mas níveis aceitáveis fundamentalmente a nível hospitalar (Blondell, 2003);**
- A nível dos cuidados primários – problema é não questionar a frequência para detectar os possíveis problemas relacionados com o álcool.**



AUMENTAR A SENSIBILIDADE DO CAGE

- Já teve problemas relacionados com o uso de álcool?

- Bebeu nas ultimas 24 horas?

NOTAS:

- Não aprofundar sobre o padrão de consumo antes da aplicação

- Habilidades, treino, experiencia do entrevistador são fundamentais



INSTRUMENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

Questionário para Identificação de Problemas de

Consumo de Álcool

ⁿ Fonte: FERREIRA-BORGES, C.;
CUNHA FILHO, H. Intervenções
breves. Álcool e outras drogas.
Lisboa: Climepsi, 2007.



n A OMS criou em 1989 este questionário, sendo a sua utilização recomendada em Cuidados de Saúde Primários para identificação de consumo excessivo. É composto por 10 perguntas com várias hipóteses de escolha. Face à pontuação permite detectar níveis variados de consumo desde o de risco, o nocivo e ainda a dependência (DSM-IV) de forma rápida e simplificada o que previne riscos e danos na saúde.

n NOTA: Uma vez realizada a detecção escolhe-se a intervenção mais adequada.

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = 0, 1 ou 2

1 = 3 ou 4

2 = 5 ou 6

3 = 7, 8 ou 9

4 = 10 ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semanas

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

TOTAL _____ pontos

0 - Abstinentes

1 a 7 - Bebedores baixo risco ou moderado

8 a 19 - Bebedores de risco (8 a 15) ;Nocivos (16 a 19)

20 a 40 - Dependentes

INSTRUMENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (AUDIT) Alcohol Use Disorders Identification Test



- 1 – Frequência de consumos
- 2 – Quantidade
- 3 – Frequência consumo excessivo

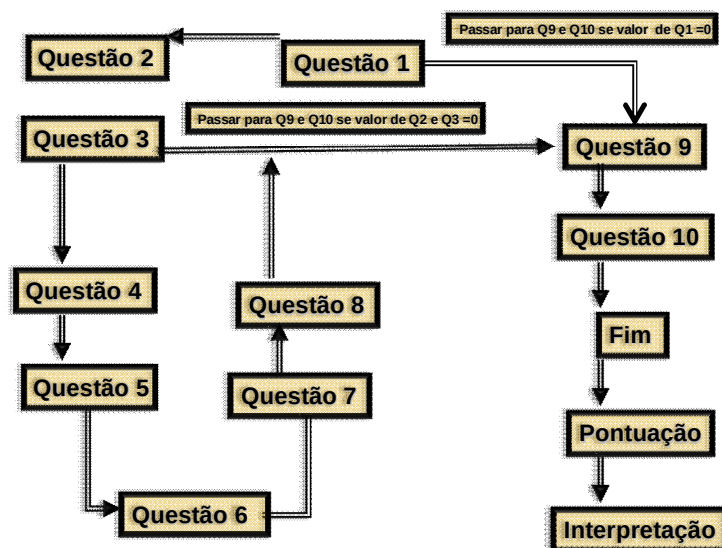
Caracterização
dos consumos

- 4 – Descontrolo no consumo
- 5 – Limitações causadas pelo consumo
- 6 – Consumo de manhã

Sintomas de
dependência

- 7 – Sentimentos culpa
- 8 – Black outs
- 9 – Ferimentos / Danos relacionados
Com o consumo de álcool
- 10 – Preocupações dos outros

Consequências
do consumo





INSTRUMENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (AUDIT)

RESULTADO	NÍVEL DE RISCO	SITUAÇÃO IDENTIFICADA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0 – 7	<u>Zona I</u>	Abstinência ou uso de baixo risco	Educação
8 – 15	<u>Zona II</u>	Uso para além das normas	Orientação
16 – 19	<u>Zona III</u>	Uso nocivo	Orientação + Aconselhamento + Monitorização
20 – 40	<u>Zona IV</u>	Provável dependência	Encaminhamento para especialista



VANTAGENS

- Ser composto por **10 questões**, com resultado de pontuação numérica;
- Curta **duração**;
- Focar-se no uso **recente** do álcool;
- Determinar o nível de risco;
- Providenciar informação que permite dar feed-back aos utentes;
- Classifica segundo a **ICD 10**;
- Pode ser aplicado de forma **verbal ou escrita**;



MINI MENTAL STATE (MMS)



COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR MÓDULO I:

- Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em enfermagem;
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e pessoal e da formação pós-graduada;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;



COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR MÓDULO I:

-Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o indivíduo/grupo específico, na área da enfermagem em saúde comunitária e saúde mental e psiquiátrica;

- Desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao indivíduo/grupo;

Caracterização dos utentes da DIAIBE

	Equipamento/Resposta	Amb. (2008)	*CD	**TO	***ATA	AD	RSRC	RMTC
	total utentes (universo)	155	21	4	40	43	15	24
Sexo	Homem	60 %	67 %	100 %	70 %	70 %	33 %	67 %
	Mulher	40 %	33 %	0 %	30 %	30 %	67 %	33 %
Faixas Etárias	0-2	15 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	3-10	2 %	0 %	0 %	3 %	0 %	13 %	0 %
	11-18	2 %	0 %	0 %	5 %	0 %	0 %	0 %
	19-25	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	26-35	20 %	29 %	0 %	15 %	7 %	13 %	13 %
	36-45	19 %	24 %	50 %	33 %	30 %	27 %	37 %
	46-55	18 %	43 %	50 %	28 %	30 %	27 %	8 %
	56-65	8 %	4 %	0 %	10 %	23 %	13 %	13 %
	>65	9 %	0 %	0 %	6 %	10 %	7 %	29 %
Mét. Contágio	Toxicodependente	19 %	19 %	0 %	30 %	37 %	27 %	42 %
	Homo / Bissexual	4 %	19 %	25 %	15 %	9 %	0 %	13 %
	Heterossexual	27 %	14 %	75 %	48 %	37 %	0 %	24 %
	Transfusão	1 %	5 %	0 %	0 %	2 %	20 %	4 %
	Prostituição	1 %	29 %	0 %	3 %	12 %	40 %	17 %
	Vertical	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %	0 %
	Não Sabe / Sem referência	45 %	14 %	0 %	4 %	3 %	0 %	0 %

	Equipamento/Resposta	Amb. (2008)	*CD	**TO	***AT A	AD	RSRC	RMTC
	total utentes (universo)	155	21	4	40	43	15	24
País Origem	Portugal	85%	56%	75%	58%	84%	67%	76%
	Moçambique	1%	5%	0%	3%	0%	0%	4%
	Gana	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Guiné-Bissau	3%	0%	0%	13%	2%	13%	4%
	Angola	4%	10%	25%	10%	0%	7%	8%
	S. Tomé e Príncipe	1%	0%	0%	3%	0%	0%	0%
	Cabo Verde	3%	24%	0%	13%	2%	13%	4%
	Brasil	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Rep. Dom. Congo	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%
	Espanha	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%
	Zaire	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%
	Argentina	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
VIH	VIH1	89%	100%	100%	80%	88%	87%	96%
	VIH2	2%	0%	25%	15%	12%	7%	4%
	fase Sida	sem dados	sem dados	sem dados		33%		21%
Doenças	Alcoolismo	1%	24%	75%	3%	9%	20%	25%
	Tuberculose Pulmonar	5%	24%	25%	23%	28%	7%	21%
	HepB	5%	14%	25%	23%	7%	7%	4%
	HepC	8%	14%	25%	8%	9%	7%	20%
	Toxoplasmose	sem dados	sem dados	sem dados	5%	12%	13%	17%
	Doença Mental	sem dados	sem dados	sem dados	15%	14%	33%	8%
	LEMP	sem dados	sem dados	sem dados		0%		25%
	Diabetes	sem dados	sem dados	sem dados		2%		17%



RESULTADOS

Foram realizadas:

- 39 entrevistas
- 26 primeiros álcool teste
- 3 segundos álcool teste
- 27 primeiros testes de opióides, cocaína e cannabinóides
- 2 segundos testes de opióides, cocaína e cannabinóides
- 5 acompanhamentos individuais
- 1 encaminhamento para oftalmologia
- 3 encaminhamentos para alcoologia (intervenções breves em processo)
- 1 em processo de encaminhamento para alfabetização



ALCOOLISMO



CID-10

(Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde)

Classificação aprovada pela Conferência Internacional para a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, convocada pela OMS, realizada em Genebra no ano de **1989**. Publicada em **1992**

▮ Os critérios para Dependência de Substâncias são aproximados aos critérios da DSM-IV

▮ Condensa os 7 critérios da DSM em 5 critérios e acrescenta um 6º (craving)

▮ Os critérios para ABUSO, INTOXICAÇÃO E SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA são menos específicos do que na DSM

Tipologias clínicas relacionadas com o consumo de álcool (DSM-IV-TR / CID-10)



DSM-IV-TR

Perturbações da Utilização do Álcool e Perturbações induzidas pelo álcool:

- Intoxicação pelo álcool (303.00)
- Abuso do álcool (305.0)
- Dependência do Álcool (303.90)
- Abstinência do Álcool (291.8)

CID-10

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10.0 a F10.9):

- Intoxicação Aguda (F10.0)
- Uso Nocivo (F0.1)
- Síndrome de Dependência (F10.2)
- Síndrome [estado] de Abstinência (F10.3)

31

Tipologias de consumos de álcool (AUDIT- OMS, 2001)



Consumo de Risco

Regular : 4U homens e 2U mulheres

Ocasional : 5U homens e 4U mulheres

Consumo Nocivo

Consumo regular/diário acima das 6U/4U

Dependência do álcool

Surge entre os 40-45A

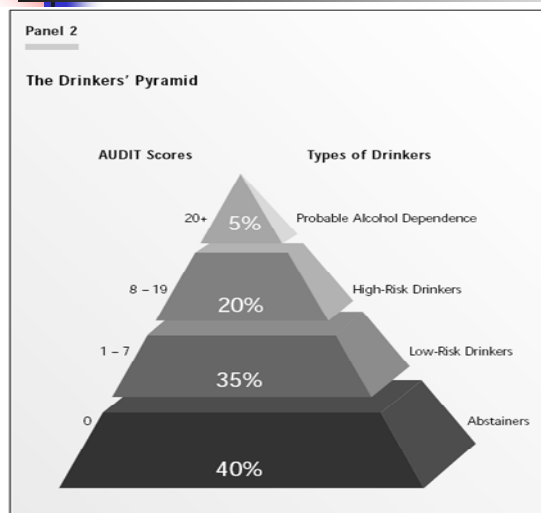
Babor, T. et al (2001). AUDIT-The Alcohol Use Disorders Identification Test :OMS, p. 5

Sociodrogalcohol : Guía Clínica: guía de alcoholismo, 2007; www.sociodrogalcohol.org

32

Tipologias de consumos de álcool

(AUDIT- OMS, 2001)



Babor, T., Higgins-Biddle, J. (2001) Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. OMS, p.33

33

Abuso de álcool (DSM-IV-TR) / Consumo Nocivo (CID-10)

DSM-IV

Utilização recorrente e desadaptativa levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo manifestado por Um ou ou mais dos seguintes sintomas (12 M):

1. Incapacidade de cumprir. obrigações...) Trabalho, escola ou em casa.
2. Situações se torna perigosa (...) ex.: condução.
3. Problemas legais recorrentes.
4. Continuação dos consumos apesar dos problemas sociais ou interpessoais causados ou exacerbados pelos efeitos.

CID-10

Guidelines de diagnóstico:

1. Padrão de consumo tenha causados danos na saúde física e mental do seu consumidor.
2. Chamadas de atenção dos outros em relação às consequências sociais adversas relacionadas de vários tipos.

A intoxicação aguda ou ressacas não são suficientes para o diagnóstico do consumo nocivo.

Não cumpre critérios de diagnóstico do SDA

DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL (DSM-IV-TR) /

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA (CID-10)



DSM-IV

Padrão desadaptativo levando a défice ou sofrimento clínico, (...) Três ou mais dos seguintes sintomas , nos ultimos 12 M:

1. Tolerância
2. Abstinência
3. Consumida por um período mais longo e em QT superiores ao que pretendia
4. Desejo e esforço sem êxito para reduzir os consumos
5. Despendido tempo para consumos e recuperação dos efeitos
6. Abandono de actividades sociais, lúdicas
7. Mantém consumos apesar dos danos

CID-10

Guidelines de Diagnóstico:

Três ou mais dos seguintes sintomas

1. Forte desejo e compulsão para consumir
2. Dificuldades no controlo
3. Síndrome de abstinência
4. Tolerância
5. Negligência progressiva de várias áreas da vida
6. Persistência nos consumos apesar das consequências adversas



Unidade de Alcoologia de Lisboa





NIVEIS DIFERENCIADOS DE TRATAMENTO NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA

AMBULATÓRIO

- Ø Consulta Externa.
- Ø Programa de tratamento Intensivo (PTI)
- Ø Grupo de terapia emocional

INTERNAMENTO

- Ø Curta duração 12 dias (projecto piloto)
- Ø Modelo Minnesota (4 semanas)



Referenciação para o INTERNAMENTO na UA em função da gravidade dos sintomas clínicos psiquiátricos (3 dimensões)

	LIGEIRO	MODERADO	SEVERO
SÍNDROME DE PRIVAÇÃO	Ambulatório	n Programa curto UA n Modelo Minnesota	Urgência médica / Medicina Interna
CONDIÇÃO BIOMÉDICA E COMPLICAÇÕES	Ambulatório	n Programa curto UA n Modelo Minnesota n Urgência médica	Urgência médica / Medicina Interna
CONDIÇÃO PSIQUIÁTRICA, COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL	Ambulatório	n Programa curto UA n Modelo Minnesota n Urgência médica	Urgência psiquiátrica



TRATAMENTO AMBULATORIO CLÁSSICO GESTOR DE CASO

Ø Marcação via telefone

Ø Dificuldade nas primeiras consultas

Nota: consultas individuais e familiares



PROGRAMA DE TRATAMENTO INTENSIVO (PTI)

Ø Grupo aberto

Ø Entrada através da Consulta Externa

Ø Sessões psicoterapêuticas e psicoeducativas semanais

Ø É um programa de prevenção de recaída, intensivo em regime de ambatório

Ø Destinado a utentes com dependência alcoólica e/ou outras dependências e suas famílias

Ø Integra sessões psicopedagógicas e grupos terapêuticos com periodicidade semanal e duração de 3 meses



INTERNAMENTO

	Internamento de curta duração	Modelo Minnesota (4 ou 5 semanas)
Motivação	Contemplativo ou determinativo	Pré-contemplativo
Potencial de recaída	Ligeiro a grave	Moderado a grave
Rede social de apoio	Funcional e/ou com estrutura pessoal	Moderadamente funcional. Possibilidade de reorganização pessoal a curto prazo



INTERNAMENTO 4/5 SEMANAS MODELO MINNESOTA

- O doente deverá ser avaliado em consulta externa
- Se não é utente da UAL deverá marcar consulta primeiro
- Fará avaliação clínica da necessidade de internamento
- Fará análises, RX, Tx e Eco Abdominal
- Entra em lista de espera e aguarda contacto telefónico
- Se for **utente da ET** esta avaliação é feita na ET e passa para a fase seguinte
- Se for encaminhado por médico externo, o internamento é aceite desde que se garanta a continuidade do tratamento pós-alta em consulta externa.
- A UAL **não tem serviço de urgência.**



INTERNAMENTO 4/5 SEMANAS MODELO MINNESOTA

- O doente deverá preencher a folha de Consentimento Informado para o Internamento onde consta que aceita cumprir as normas de Internamento
- Devera ter preferencialmente um co-responsável pelo seu internamento
- O doente virá a Consulta de Enfermagem/Médica de Pré – internamento
- Triagem/pré-acolhimento
- Finalmente o gestor de caso do doente “passa” o doente à equipa de internamento em reunião clínica antes do mesmo ser internado



INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO (projecto piloto)

- n Programa de curta duração para tratamento de dependência de Álcool, ou quadro de politoxicodependência desde que a substância principal seja o álcool;
- n Proposta de admissão e organização do processo de internamento na Consulta Externa ou através da ET com Proposta de Internamento;
- n Consulta pré-internamento na semana anterior ao internamento com a presença de co-responsável;
- n Previsão de mecanismos de apoio financeiro/ pessoal no caso de alta disciplinar;
- n Exames complementares diagnósticos actualizados de 4 a 6 semanas;
- n Não existe o acesso directo e deve ter um projecto terapêutico elaborado;
- n Consulta pré-internamento .



VENTAGENS DA CRIAÇÃO DE NOVOS PROGRAMAS

- Ø Acesso a diferentes possibilidades terapêuticas
- Ø Modelos específicos de intervenção
- Ø Cuidados mais individualizados, respeitando os projectos terapêuticos



Alunos:

Enf.º David Paniagua
Enf.º João Geraldo

Orientação:

Prof. Simões Figueiredo
Prof. Sarreira Santos

Enquadramento:

Enf.ª Ana Campos Reis

Junho 2009

**Anexo VII - Avaliação formal da formação realizada no DIAIBE
(dirigida aos técnicos), com elaboração estatística.**

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

MÓDULO:

DURAÇÃO:

FORMADORES

LOCAL:

HORÁRIO:

Para uma evolução continua a nível formativo solicitamos o preenchimento deste questionário, considerando a seguinte escala:

1 - Fraco; 2 - Suficiente; 3 - Bom; 4 - Muito Bom.

Se não quiser manifestar a sua opinião ou não quiser responder, poderá deixar a respectiva linha em branco.

1.	ATITUDES TECNICO-PEDAGÓGICAS
1.1	Domínio dos conteúdos expostos
1.2	Clareza nas intervenções
1.3	Capacidade de motivar a participação dos formandos
1.4	Disponibilidade e facilidade de contacto

1	2	3	4

2.	MÉTODOS
2.1	Organização das intervenções
2.2	Qualidade das intervenções
2.3	Aproveitamento das potencialidades do grupo
2.4	Facilitação da aquisição de novos conhecimentos

1	2	3	4

3.	CONTEÚDOS
3.1	Pertinência dos conteúdos apresentados
3.2	Compreensão dos conteúdos expostos
3.3	Conhecimentos adquiridos
3.4	Aplicação futura da aprendizagem realizada

1	2	3	4

4.	MATERIAL
4.1	Documentação disponibilizada pelos formadores

1	2	3	4

5.	AVALIAÇÃO GLOBAL DOS FORMADORES
5.1	Atribuo o valor global de

1	2	3	4

GRÁFICO 3 – CONTEÚDOS

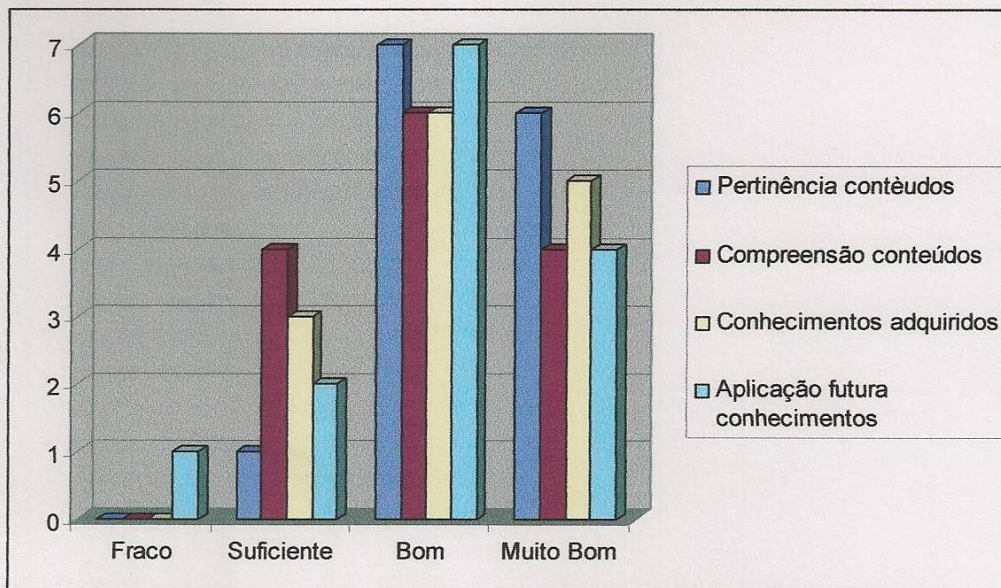
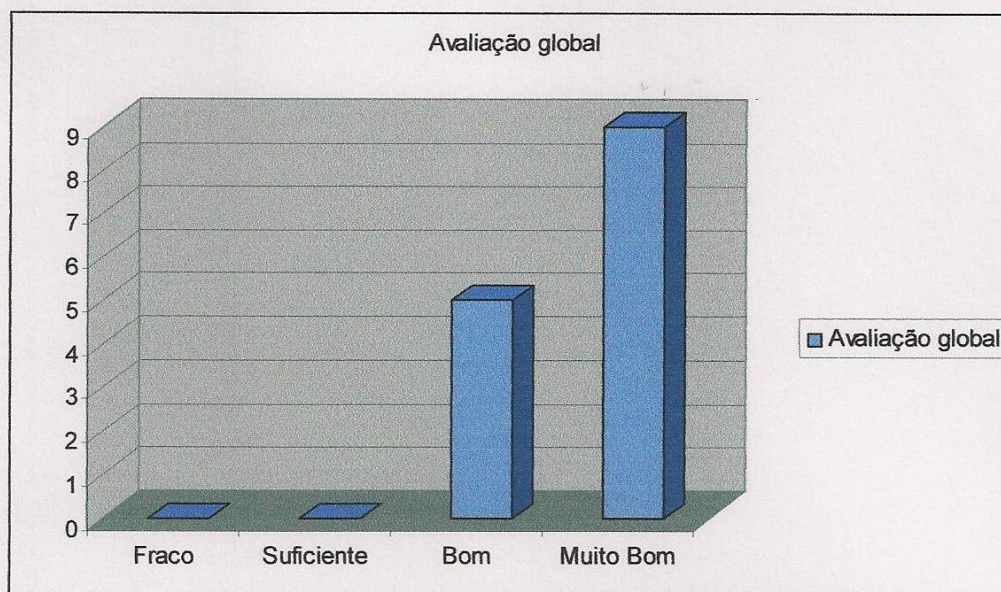


GRÁFICO 4 – AVALIAÇÃO GLOBAL



Anexo VIII - Guia informativo dos diferentes níveis de tratamento realizados na Unidade de Alcoologia.



**DIFERENTES NÍVEIS DE TRATAMENTO
NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE
LISBOA**

**David Paniagua
João Geraldo**

DIFERENTES NÍVEIS DE TRATAMENTO NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE LISBOA

LOTAÇÃO DO SERVIÇO

- Ø 20 camas de homens
- Ø 5 camas de mulheres

RECURSOS HUMANOS

- Ø 7 enfermeiros
- Ø 5 psicólogos
- Ø 1 psiquiatra
- Ø 2 médicos de clínica geral
- Ø 7 auxiliares de acção médica
- Ø 1 secretaria de unidade
- Ø 3 administrativos

1.-AMBULATÓRIO

- Ø Consulta Externa.
- Ø Programa de tratamento Intensivo (PTI)
- Ø Grupo de terapia emocional

2.- INTERNAMENTO

- Ø Curta duração 12 dias (projecto piloto)
- Ø Modelo Minnesota (4 semanas)

1.1.- CONSULTA EXTERNA – CLÁSSICA

- Ø Marcação via telefone
- Ø Dificuldade nas primeiras consultas
- Ø Tratamento ambulatorio clássico - Gestor de caso

1.2.- PROGRAMA DE TRATAMENTO INTENSIVO (PTI)

- Ø Grupo aberto
- Ø Frequência semanal (cerca de três horas por sessão)
- Ø Entrada através da Consulta Externa
- Ø Sessões psicoterapêuticas e psicoeducativas semanais

2.1.- INTERNAMENTO CLÁSSICO DE 4/5 SEMANAS – MODELO MINNESOTA

Antes de ser internado:

- O doente deverá ser avaliado em consulta externa
- Se não é utente da UAL deverá marcar consulta primeiro
- Fará avaliação clínica da necessidade de internamento
- Fará análises, RX, Tx e Eco Abdominal
- Entra em lista de espera e aguarda contacto telefónico
- Se for **utente da ET** esta avaliação é feita na ET e pula para a fase seguinte
- Se for encaminhado por médico externo, o internamento é aceite desde que se garanta a continuidade do tratamento pós-alta em consulta externa.
- A UAL **não tem serviço de urgência**. O internamento obedece a um planeamento
- O doente deverá preencher a folha de Consentimento Informado para o Internamento onde consta que aceita cumprir as normas de Internamento
- Devera ter preferencialmente um co-responsável pelo seu internamento
- O doente virá a Consulta de Enfermagem/Médica de Pré – internamento
- Triage/pré-acolhimento

- Finalmente o gestor de caso do doente “passa” o doente à equipa de internamento em reunião clínica antes do mesmo ser internado

2.2.- INTERNAMENTO CURTO (12 DIAS)

Programa que ainda não entrou em funcionamento, com começo programado para Setembro do presente ano. Tem uma conotação mais bio-médica e pode ser considerado como uma fase mais no projecto terapêutico do utente e não como um Projecto psico-terapêutico em si.

- Programa de curta duração para tratamento de dependência de Álcool, ou quadro de politoxicod dependência desde que a substância principal seja o álcool;
- Proposta de admissão e organização do processo de internamento na Consulta Externa ou através da ET com Proposta de Internamento;
- Consulta pré-internamento na semana anterior ao internamento com a presença de co-responsável;
- Previsão de mecanismos de apoio financeiro/pessoal no caso de alta disciplinar;
- Exames complementares diagnósticos actualizados de 4 a 6 semanas;
- Não existe o acesso directo e deve ter um projecto terapêutico elaborado;
- Consulta pré-internamento.

Nota: poderá ser destinado a pessoas que necessitam de uma desabitação de forma mais urgente, tendo sempre um projecto terapeutico pós-alta pre-definido.

DIFERENTES NÍVEIS DE TRATAMENTO NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE LISBOA

AMBULATÓRIO			INTERNAMENTO	
CONSULTA EXTERNA CLÁSSICA.	PROGRAMA DE TRATAMENTO INTENSIVO (PTI)	GRUPO DE TERAPIA EMOCIONAL	INTERNAMENTO CLÁSSICO DE 4/5 SEMANAS – MODELO MINNESOTA	INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO (12 DIAS)
-Marcação via telefone -Dificuldade nas primeiras consultas -Tratamento ambulatório clássico - Gestor de caso	-Grupo aberto -Frequência semanal (cerca de três horas por sessão) -Entrada através da Consulta Externa -Sessões psicoterapêuticas e psicoeducativas semanais	-Actualmente em fase de estudo (20/06/09)	-Avaliação em consulta externa, onde é feita a avaliação clínica da necessidade de internamento -Marcação de 1ª Consulta (se não for utente da UA) -Fará análises, RX, Tx e Eco Abdominal -Entra em lista de espera e aguarda contacto telefónico -A UAL não tem serviço de urgência. O internamento obedece a um planeamento -O doente deverá preencher a folha de Consentimento . -Devera ter preferencialmente um co-responsável pelo seu internamento -O doente virá a Consulta de Enfermagem/Médica de Pré – internamento.	-Tem uma conotação mais biomédica; -Programa de curta duração para tratamento de dependência de Álcool, ou quadro de politoxicod dependência ; -Proposta de admissão e organização do processo de internamento na Consulta Externa; -Consulta pré-internamento na semana anterior ao internamento com a presença de co-responsável; -Previsão de mecanismos de apoio financeiro/pessoal no caso de alta disciplinar; -Exames complementares diagnósticos actualizados de 4 a 6 semanas; -Não existe o acesso directo e deve ter um projecto terapêutico elaborado; -Consulta pré-internamento.

Nota: O internamento de Curta Duração, tem começo programado para Setembro de 2009 e poderá ser destinado a pessoas que necessitam de uma desabitação de forma mais urgente, tendo sempre um projecto terapêutico pós-alta predefinido.

Anexo IX - Reflexões individuais elaboradas no DIAIBE.



REFLEXÃO nº 1

22/04/09

David Paniagua

REFLEXÃO INDIVIDUAL

22/04/09

Há muito tempo que tinha o objectivo de frequentar o Mestrado Profissionalizante em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Sempre pensei que seria uma possibilidade de demonstrar a mim mesmo e também aos outros, que o importante não é a nacionalidade, mas sim o amor por esta profissão; desta forma concorri à Universidade Católica. Coincidente com um período de férias, recebi a notificação de que estava dentro das vagas abertas pela Escola. O meu primeiro sentimento foi de alegria, emoção e orgulho; consegui, já estava dentro!!!

Num segundo momento, as emoções começaram a mudar, os meus medos e receios começaram a aflorar. Será que sou capaz? Estarei realmente preparado para este novo projecto? As minhas dificuldades linguísticas, não serão um grande obstáculo?

Posso garantir que as respostas a estas perguntas nem sempre eram muito positivas, mas após uma conversa com a minha chefe, onde eu mostrei os meus receios, ela disse-me, David olha para trás e encontra realmente as respostas aos teus receios. Estas palavras fizeram-me reflectir sobre as mudanças que já aconteceram no meu percurso em Portugal. Consegui evoluir linguisticamente, profissionalmente, emocionalmente e sem dúvida pessoalmente. Então porque ter medo?

Desta forma não posso deixar de concordar com Paulo Coelho (2000) quando diz:

“Existem duas coisas que impedem uma pessoa de realizar os seus sonhos: achar que eles são impossíveis, ou, através de uma súbita reviravolta na roda do destino, vê-los transformar-se em algo possível quando menos se espera. Pois nesse momento surge o medo de um caminho que não se sabe onde vai dar, de uma vida com desafios desconhecidos, da possibilidade que as coisas com que estamos acostumados desapareçam para sempre” (p.14)

Sem dúvida que ainda com alguns receios mas não com medos, assisti às primeiras aulas do Mestrado, fiz os primeiros testes, obtive os primeiros resultados e sem aperceber-me

que tinha decorrido a metade da formação, estou no primeiro módulo, na santa Casa da Misericórdia (Centro de Santa Maria Madalena –DIAIBE)

Após conversa com a Enf^a Ana Campos Reis, verifiquei a impossibilidade de começar o estágio dia 21/04/09 como previsto. Após prévio agendamento apresentei-me nos Serviços Centrais da Santa Casa da Misericórdia. Quando entrei tive a possibilidade de falar com um enfermeiro que também realizara o ensino clínico no Centro de Santa Maria Madalena, pertencente à Universidade Católica (Mestrado na vertente comunitária), mas que desempenha já funções no Serviço. Espero que o facto de desenvolver um estágio paralelo ao do Enf.^o João facilite alguns factores de integração, visto ele ser um importante elemento na equipa.

Todas as quartas feiras, a equipa liderada pela Enf.^a Ana Campos Reis tem uma reunião de equipa multidisciplinar. Foi muito interessante verificar o funcionamento e dinâmica da reunião mesmo não tendo atingido muitos pontos por falta de integração na equipa. Tive a possibilidade de conhecer a Directora do Centro de Santa Maria Madalena a Dr.^a Cláudia (terapeuta ocupacional), a Dr.^a M^a José (assistente social), a Dr.^a Susana (psicóloga), assim como o Enf.^o Filipe, todos eles pertencentes ao Centro onde irei desenvolver o meu ensino clínico.

Ainda consegui apresentar de uma forma sucinta os objectivos do meu ensino clínico, que foram aparentemente bem aceites pela equipa. Será importante ressaltar que a Enf^a Ana Campos Reis queria que de alguma forma os objectivos dos dois elementos que iriam desenvolver o estágio no Centro fossem semelhantes, razão pela qual, tivemos uma reunião e conseguimos chegar a projectos com objectivos similares, tendo em conta as peculiaridades dos mesmos.

Consideramos que dentro da população seguida na toma assistida, faria sentido estudarmos de uma forma mais profunda os que têm apoio habitacional, portanto aqueles que vivem nos apartamentos, visto assinarem um termo de responsabilidade e estarem de alguma forma mais apoiados, o que facilita o acesso. No contexto do Projecto considere importante compreender a relação da adesão terapêutica com os factores ligados a dependência, razão pela que seria fundamental avaliar o grau de dependência para o álcool e outras drogas, assim como a presença de deficits cognitivos através de testes específicos. Isto foi algo controverso, porque, se foram realizados testes específicos e os resultados foram positivos, algumas medidas deverão ser tomadas, visto não ser suposto, o consumo de álcool ou outro tipo de drogas ser

concomitante com a estadia nos apartamentos terapêuticamente assistidos. Mas a ideia de fundo será avaliar a situação e no pior dos casos reelaborar um projecto de vida no qual se enquadre a recuperação.

Considero que foi positivo o meu primeiro dia coincidir com a reunião clínica semanal, visto que ouvi opiniões das pessoas que directamente lidam com os utentes do Centro, dando uma opinião fundamentada sobre os factores mais pertinentes e os menos relevantes.



REFLEXÃO nº 2

23/04/09

David Paniagua

REFLEXÃO

23/04/09

O segundo dia foi o verdadeiro início, a integração no Centro, foi um dia algo complicado com muita informação para reflectir e incorporar. Compreendi o organigrama estrutural e a nível de recursos humanos, assim como alguns recursos sociais do Centro. Foi feita uma introdução de como é feita a toma assistida tendo a possibilidade de conhecer não só algumas actividades mas também alguns utentes.

Sem dúvida foi uma experiência de interligar a minha experiencia profissional, com o novo mundo que estava a conhecer. Concorro plenamente com Hess, citado por Nóvoa (1998), quando refere:

"Formar-se não é instruir-se; é antes de mais, reflectir, pensar numa experiência vivida"(p.115)

Tive a possibilidade de visitar um apartamento terapêuticamente assistido próximo do Centro, compreendendo qual a funcionalidade e o tipo de população a qual estão destinados. As ajudantes familiares (equivalentes as AAM), têm um papel preponderante neste âmbito visto as actividades diárias serem observadas por elas, assim como o cumprimento de algumas normas básicas (ver anexo I).

Foi feita a apresentação das actividades básicas realizadas no Centro, considerando que foi tudo muito superficial visto a complexidade e diversidade das repostas realizadas na Unidade.

Durante o período da tarde tive a possibilidade, de conjuntamente com o meu colega João desenvolver de uma forma mais concreta a realização de uma colheita de dados que iríamos utilizar com a população dos apartamentos, para detectar alguns factores que podem relacionar a toxicodependência e o alcoolismo com a adesão terapêutica.

Espero que este estágio me forneça a possibilidade de crescimento, pessoal e profissional que pretendo atingir, mas para isso terei que percorrer um percurso educativo intenso.

Assim SAVATER (1997:102) refere que a formação:

“...nunca é uma pura transmissão de conhecimentos objectivos ou de destrezas práticas, mas é sempre acompanhado de um ideal de vida e de um projecto de sociedade.”



REFLEXÃO nº 3

24/04/09

David Paniagua

REFLEXÃO

24/04/09

Na sexta-feira tive a possibilidade de assistir ao atendimento realizado no Centro, o qual funciona: 2ª, 3ª, 5ª e 6ª feira das 8 às 11 horas. Este atendimento mostra o espírito da Unidade, atendendo todas as pessoas que chegam durante o período anteriormente mencionado. Foi interessante avaliar o tipo de entrevista utilizada pelo meu colega assim como a diversidade de pedidos realizados pelos muitos doentes que são assistidos. Considero que este momento será fundamental para a aplicação das intervenções breves, visto que é uma entrevista não muito longa mas que permite trabalhar alguns diagnósticos de enfermagem, levantados muitas vezes de uma forma subtil.

De todos os atendimentos realizados houve dois muito marcantes segundo o meu ponto de vista. Um foi o de uma utente toxicodependente e em princípio em recuperação, segundo a própria. Começou apenas por explicar que tinha muita vergonha em pedir ajuda, mas que já não se alimentava bem há semanas e não aguentava mais. Para além de ser VIH positivo era também HVC positivo razão pela que estava a fazer Interferon alfa, medicação que tem como efeito secundário depressão, e de uma forma clara consegui identificar o humor depressivo e os sintomas característicos da doença. A utente não tinha dinheiro para a medicação anti-depressiva (neste caso paroxetina), mas o meu colega resolveu o problema através de um acordo que a Santa Casa tem com uma farmácia próxima. Para além da questão medicamentosa tive a possibilidade de falar com a Srª de uma forma mais prolongada, explicou-me a forma de contágio, o percurso dos consumos ao longo da sua vida, e as diferentes fases que passou, o carácter estigmatizante desta doença (HIV e toxicodependência), assim como a espiral de degradação na que tinha entrado.

Será interessante referir que na sua obra *Estigma*, GOFFMAN, define este como “...a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação plural plena.” (1980:7). Este termo foi criado pelo gregos, para referir-se aos sinais corporais com os que se procurava evidenciar alguma coisa extraordinária ou má sobre o estado moral de quem a apresentava. Para este autor:

“...Actualmente o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que a sua evidencia corporal”. (1980:7)

Na sua obra GOFFMAN (1980) classifica o estigma em:

- Abominações do corpo: deformações físicas.
- Culpas de carácter individual: são aquelas na que o indivíduo apresenta fraquezas pessoais, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e não rígidas, desonestidade. São exemplos deste tipo, distúrbio mental, prisão, homossexualidade, desemprego e *O ALCOOLISMO*, entre outras.
- Raciais, tribais de nação e religião.

E depois desta pequena reflexão bibliográfica, com quase 30 anos é importante pensar como as atitudes estigmatizantes estão ainda presentes.

Depois da minha escuta activa tentei no pouco tempo que tinha, realizar alguma intervenção e avancei com a racionalização da situação que estava viver. Fiz perceber à utente que estava a ter uma atitude pró-activa quando conseguiu ultrapassar a vergonha e pediu ajuda. Fez um pequeno resumo do que já viveu e da forma como conseguiu mudar o rumo da sua vida por diversas vezes. Foram-lhe dadas algumas alternativas práticas para os diferentes problemas, como o alimentar, tendo sido encaminhada para o banco alimentar.

Foi gratificante perceber como a auto-estima da utente melhorou em apenas 15 minutos, percebendo também que esta poderia ser efémera, desta forma foi combinado com a utente voltar para saber o feed-back dos encaminhamentos realizados, assim como o resultado da medicação anti-depressiva. Foi um início motivador para a aplicação de intervenções breves, neste espaço privilegiando desde o meu ponto de vista, para tal efeito.

Na parte da tarde realizamos uma visita a um doente que estava internado no Hospital Egas Moniz, foi proposto pela assistente social desse hospital que ele recebesse apoio da Santa Casa da Misericórdia. O papel do En^o João neste caso é perceber qual é a situação social e pessoal do utente, assim como o grau de dependência e características pessoais que possam favorecer ou dificultar a integração nas residências que dão resposta a este tipo de situações.

A visita foi muito interessante por diversas razões. A primeira pela riqueza da mesma, visto o doente ter uma interessante história de vida, a segunda razão foi a atitude estigmatizante de um dos enfermeiros que dava apoio ao utente.

Segundo a nossa experiência como enfermeiros, as pessoas com dependências quando confrontadas com a autoridade e poderes, adoptam por vezes um padrão de comportamento difícil como forma de superar um sentimento de ameaça. Esta situação,

provoca frequentemente, em nós um sentimento recíproco, podendo conduzir a uma atitude autoritária na tentativa de obtermos controlo sobre o doente.

QUILLIAM (1993: 28) explica este ciclo vicioso quando refere, “... *ameaçados por nós os doentes reagem com síndrome de doente difícil; ameaçados por eles nós reagimos com a síndrome de dificuldade profissional.*”

Relativamente ao enfermeiro em questão, este referiu por diversas vezes que o doente era um “chato”, quando deveríamos saber que a manipulação, a insistência, e agradabilidade misturada com períodos de agressividade são características da grande maioria dos dependentes de drogas ou álcool.

Mas não melhorou quando disse “...mas que se fala como deve ser ele vai ao sitio...”, tendo em conta que o doente já apresentava deficit cognitivos marcados, evidentemente que na situação de inferioridade e vulnerabilidade na que se encontra tem de ceder nem que seja por medo de represálias. Sei que não é fácil cuidar das pessoas com dependência mas temos que ultrapassar os nossos próprios estigmas para chegar a um “cuidar menos estigmatizante”.



REFLEXÃO nº 4

27 e 29/04/09

David Paniagua

27 e 29 de Abril de 2009

Foram dias mais calmos a nível de momentos de aprendizagem, mas foi uma possibilidade única para aferir algumas estratégias de estágio, com o meu colega João Geraldo e com os técnicos do Centro.

Foi importante na segunda-feira assistir a uma reunião feita para as pessoas dos ATA (apartamentos terapêuticamente assistidos), foi uma possibilidade de conhecer a população que vou estudar de uma forma mais aprofundada. Foi positiva a reunião liderada pela En^{fa} Ana Campos Reis, esclarecendo as normas às pessoas que estavam presentes (tem obrigatoriedade de presença na reunião). Desta forma foram-nos apresentados de uma forma oficial e passei a ser conhecido para os utentes, não só de vista mas como profissional.

Percebi que dentro do grupo existiam pessoas com indícios de patologias psiquiátricas, principalmente depressão, se bem que existe um elemento com traços de uma personalidade claramente histriónica, o que facilita a programação dos meus cuidados e da programação dos mesmos com estas pessoas.

No dia 28 tenho de salientar uma situação muito marcante para mim. Uma das pessoas apoiadas pelo Centro, solicitou ajuda depois de 15 dias sem aparecer no mesmo, comportamento habitual segundo o En^{fo} Nuno. Quando confrontado com os consumos de álcool já conhecidos pelos enfermeiros, negou tudo, feito o álcool-teste o resultado foi positivo. Sem poder negar a evidência tentou desculpabilizar-se de uma forma característica nos padrões comportamentais da negação. Tive possibilidade de uma abordagem individual, junto com o meu colega João. Na “intimidade”, mostrou-se uma pessoa muito mais insegura com alguns traços até depressivos, também característicos dos doentes alcoólicos. Feitas perguntas relacionadas com o comportamento com o álcool, começou negando mas terminou por reconhecer alguns dos danos provocados pelo mesmo. Quando se falou da possibilidade de tratamento ambulatorio na Unidade de Alcoologia, aceitou, mas foi feito um contrato terapêutico com o utente, de voltar todos os dias à toma assistida e fazer o álcool-teste, segundo o resultado, o apoio, poderia continuar ou não. Evidentemente que a equipa sempre o ajudou e vai continuar a ajudar, mas o utente precisa entender que existem algumas normas básicas para serem seguidas e que o primeiro passo para a recuperação é o reconhecimento.

Agora aguardamos novos acontecimentos para avaliar a estratégia seguida.

Foi neste momento que apercebi a importância das intervenções breves. Na verdade elas constituem um conjunto de directrizes associadas a técnicas específicas que permitem aos profissionais actuarem com maior rigor e segurança, além de uma maior eficácia. Os estudos realizados demonstram que estas propiciam mudanças significativas também para os clientes não dependentes a nível do seu consumo e dos problemas associados. Será de qualquer forma importante salientar que as intervenções breves não são psicoterapias breves. As intervenções breves não devem ser confundidas com terapias breves, mas as duas formas de técnicas de curta duração devem ser entendidas como partes de um continuum de cuidados. As principais diferenças entre intervenções breves e terapias breves estão relacionadas à amplitude das metas de tratamento. As intervenções breves objectivam, primariamente, detectar o problema e motivar o paciente a alcançar determinadas acções, como por exemplo, iniciar um tratamento ou, ainda, melhorar o seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de substâncias, por meio de um aumento de seu senso de risco e de auto-cuidado. As psicoterapias breves têm objectivos mais amplos, tais como obter mudanças mais profundas e persistentes de padrões de reacção emocional ou comportamental, a manutenção de abstinência ou a habilidade de desenvolver estratégias para lidar com o stress e situações de risco intrínsecas e extrínsecas (FERREIRA-BORGES, C., CUNHA FILHO, H. 2007).

Ao elaborar um recurso didáctico sobre intervenções breves no uso de substâncias pretende-se que este seja acima de tudo um instrumento de apoio constante e aprofundado que permita aos utilizadores saber mais e melhor como fazer uma intervenção breve. Desta forma à medida que novas intervenções são capazes de obter resultados, e impedir o normal curso da doença, serão necessárias mudanças a nível dos serviços.



REFLEXÃO nº 5

06/05/09

David Paniagua

REFLEXÃO

06/05/09

Hoje foi um dia especial, sinto que existiu uma viragem educacional e reflexiva da minha parte neste estágio. Enquanto até esta altura apenas deambulava atrás dos técnicos, que com boa vontade iam facilitando a minha integração, comecei a sentir que o meu papel tinha de ser diferente, afinal eu sou enfermeiro e até tenho alguma experiência com doentes dependentes de diversas substâncias incluindo o álcool. Decidi começar a ter um papel mais pró-activo nas intervenções efectuadas, o que me foi facilitado por uma situação vivenciada nesse mesmo dia.

O Júlio é um utente da Consulta Externa do Centro de Santa Maria Madalena. Este utente é também seguido na minha Unidade, mas ainda não tinha tido possibilidade de falar de uma forma calma com ele durante o presente estágio, assim, aproveitei o momento da realização da entrevista, para explorar outros aspectos terapêuticos. Quando foi abordado sobre os consumos de álcool, ele reconheceu que não estava abstinente, mas mesmo a unidade de Alcoologia promovendo a abstinência total de álcool nos indivíduos dependentes de álcool, existem alguns estudos citados por Gual na sua Monografia sobre o Álcool em 2007, que referem que existe uma pequena percentagem de indivíduos alcoólicos que conseguem voltar a beber moderadamente (consumo de baixo risco). A realidade é que o Júlio não falta à toma assistida, acompanha as refeições no Centro e aparentemente não mostra a ansiedade muitas vezes secundária aos consumos.

Demonstrou por outro lado vontade em retomar as Consultas de Alcoologia por considerar que aprendeu muito nelas sobre o “seu problema”, o Alcoolismo. Esta consulta foi marcada até porque o nível de intervenção que resultou da realização do CAGE e do AUDIT, é nível IV implicava encaminhamento para Consulta na Especialidade. Foram validados conceitos básicos relacionados com o Alcoolismo, como dependência, abstinência, recuperação, etc.

Dentro deste contexto será importante validar o termo conhecimento, que no campo da formação de adultos passa por conferir **“...uma importância decisiva aos saberes adquiridos por via experiencial, e ao seu papel de 'âncora' na produção de novos saberes, procurar articular uma lógica de continuidade (sem a referencia à experiência anterior não há aprendizagem), com uma lógica de ruptura (a experiência só é formada se passar pelo crivo da reflexão crítica). (canário, 1997)**

Desta forma será fundamental o reconhecimento das experiências adquiridas permite considerar ao adulto, assim Rui Canário considera como **"...o principal recurso da sua formação e evitar o erro de pretender ensinar as pessoas coisas que elas já sabem."** (p.112)

Sinto que este foi um momento, de facto, de viragem, facilitado em grande parte pela possibilidade que me foi oferecida de poder ajudar um dos utentes do Centro.



REFLEXÃO nº 6

11/05/09

David Paniagua

REFLEXÃO

11/05/09

Segundo o combinado em reunião, com as Professoras Simões Figueiredo e Sarreira Santos, desenvolvemos o pré-teste, o que considerámos fundamental pelo facto de detectar problemas aos diferentes níveis, nomeadamente a entrevista realizada. Foram realizados 5 entrevistas, mas logo na primeira nos apercebemos que antes de entrar nos testes específicos de detecção de álcool seria importante fazer perguntas mais abrangentes sobre o consumo de álcool, como “Actualmente consome álcool” e “qual é o seu padrão de consumo habitual”, desta forma como a maior parte das pessoas inqueridas consomem álcool, era uma porta de entrada para as respostas nos inquéritos serem mais fidedignas. Quando aplicamos estas perguntas conseguimos identificar uma maior aceitação sobre os consumos.

Relativamente à estruturação do próprio questionário, identificámos que faria sentido começar pelos consumos de outras drogas, encerrar a temática e continuar com os consumos de álcool, questões que estavam misturadas e de alguma forma sem grande lógica.

Respectivamente ao código que se decidiu utilizar para identificação, considerámos este ponto muito controverso. Reunidos com a Directora do Centro decidimos que o código seria o nº de processo do utente, mas quando questionados pelos utentes não posso garantir a confidencialidade porque a realidade é que mesmo não identificados com o nome o estão com o nº de processo. A nossa estratégia nos pré-testes foi informar a pessoa que o nome não faz parte do questionário mas que quando identificados comportamentos de risco a nível dos consumos de álcool ou drogas, isto tem que ser trabalhado não só em grupo mas também individualmente, razão pela que tinham de ter algum código para conseguir identificar a pessoa. Como dentro das normas que assinam a entrada dos apartamentos terapêuticamente assistidos existe a possibilidade de realizar testes de detecção de drogas, eles não questionaram e aceitaram a realização da entrevista.

Também foram feitas algumas correcções gramaticais.

Será importante realçar que foram realizados 5 pré-testes e as alterações foram efectuadas após a realização dos dois primeiros, não tendo sido alterados os três últimos.

No que diz respeito às dificuldades apresentadas pelos utentes na realização dos mesmos, consideramos que não apresentaram dificuldades aparentes, quando questionados sobre as mesmas, eles não referenciaram nada, nem sequer nas respostas dos testes específicos. Curiosamente, um dos testes realizados foi propositadamente efectuado com um utente que apresenta algumas dificuldades cognitivas, para além de afasia de expressão. Neste caso, não só conseguimos realizar a entrevista, como também o CAGE, AUDIT e MMS, não verificando este último a suposta deficiência cognitiva.



REFLEXÃO nº 7

27/05/09

David Paniagua

REFLEXÃO

27/05/09

Segundo o programa de estágio e as competências que devem ser desenvolvidas enquanto futuros enfermeiros especialistas, realizámos uma acção de educação para a saúde, sobre o Alcoolismo e as dependências. Durante a realização da mesma sentimos que seria fundamental apresentar o nosso projecto de estágio, assim como alguns dos resultados elaborados até aquela altura. Desta forma, projectamos a realização de uma acção formativa/informativa que estava enquadrada da seguinte forma:

1ª parte – Apresentação dos objectivos do Modulo I – estágio desenvolvido no Centro de Santa Maria Madalena

2ª parte – Apresentação de alguns resultados obtidos através do estudo em curso

3ª parte - Conceitos relacionados com o Alcoolismo

4ª parte – Ligação entre a UA e a Santa Casa da Misericórdia

Os objectivos principais desta formação serão:

- Apresentação aos técnicos do DIAIBE dos objectivos do estágio a decorrer no Centro de Santa Maria Madalena, assim como a apresentação de alguns resultados já obtidos com o estudo em curso
- Conceitos básicos sobre o Alcoolismo
- Desenvolver uma ligação efectiva entre a Santa Casa da Misericórdia e a Unidade de Alcoologia

A apresentação decorreu com normalidade, com uma plateia interessada e sempre atenta. Fomos questionados sobre diversas temáticas, tendo demorado mais tempo do que o programado.

No fim, foi-nos recomendada a elaboração de uma folha própria de avaliação, o que considerei fundamental, visto ter especificidades na nossa área de enfermagem que deviam fazer parte da mesma. Por outro lado fomos convidados para realizar esta mesma sessão noutros equipamentos do DIAIBE, o que consideramos um orgulho por verificar que foi pertinente no contexto específico. Esta possibilidade facilita-nos recolher mais alguns dados, completar a apresentação e limar algumas arestas que foram identificadas na primeira acção.



REFLEXÃO FINAL

David Paniagua

Reflexão final

Dia 20 de Junho de 2009, o meu estágio no Centro de Santa Maria Madalena está concluído, sinto que muita coisa poderia ter sido feita de forma diferente, poderia ter aproveitado nesta instituição rica em experiências, pessoas e situações diversas, mas o tempo do estágio terminou e os objectivos tem de ser atingidos. Desta forma, não posso deixar de referir que foi uma experiência inesquecível, não só pelos momentos de aprendizagem únicos que me forneceu, mas também pelas pessoas que conheci. Quando me refiro às pessoas não só falo dos funcionários que cada um ao seu nível me ajudaram sem hesitar, mas dos utentes que com as suas experiências de vida me enriqueceram enquanto pessoa e enfermeiro.

Será importante recordar que na nossa óptica, a articulação entre a teoria e a prática, faz todo o sentido numa profissão, em que a necessidade de actualização é permanente, como o caso da Enfermagem. Como descreve Messick:

“Competência refere-se ao que uma pessoa sabe e teoricamente será capaz de fazer, enquanto que desempenho competente se refere ao que de facto uma pessoa faz nas circunstâncias reais.” p.54 – ALARCÃO, Isabel (2001)

A experiência de vida dos utentes assim como dos profissionais que acompanharam o meu estágio, fizeram-me reflectir sobre as pequenas lições que o nosso quotidiano aporta, minúsculas porções de uma infinita globalidade que proporcionam os conhecimentos necessários para conseguir a adaptação necessária na nossa prática profissional.

Segundo Paulo Coelho (2000:38) **“Nós temos sempre a tendência para fantasiar as coisas que não existem, e de não ver as grandes lições que estão diante dos nossos olhos.”**

Quando no início desta reflexão referia que fiquei além das possibilidades que oferece este estágio, estava a referir-me não só aos momentos de aprendizagem mas também aos cuidados que podia ter prestado a estes utentes e as capacidades que poderia ter desenvolvido a este nível.

Neste sentido Gaut citado por WATSON (2002:60) define que:

”O cuidar, como ideal moral. Transcende também o acto, ultrapassando o acto específico de um enfermeiro individualmente e produz actos colectivos da profissão de enfermagem que tem consequências importantes para o ser humano”.

WATSON (2002:55) citando MAYERHOFF refere:

“ Nós algumas vezes, falamos como se cuidar não requeresse conhecimentos, como se cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou atenção calorosa (...) Para cuidar de alguém, tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, põe exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribuiu para o seu crescimento; tenho que saber responder às suas necessidades e quais são os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico”

O cuidar vai ao encontro daquela pessoa que é o alvo da nossa atenção, ajudando-a a encontrar um modo de vida significativo numa determinada situação. (HESBEEN: 2004)

É esta forma de estar e de actuar; procurando uma lógica em que o cuidar não se reveja apenas em actos físicos, mas abarque a pessoa no seu todo (WATSON, 2002), como um ser humano que não se limita a um corpo-objecto, mas é o ser enquanto ser (HESBEEN, 2000), que permite estabelecer a diferença entre quem trata e quem cuida de pessoas.

Desta forma sinto que consegui atingir os objectivos marcados no projecto realizado para este Ensino, mas considero que descorei alguns aspectos que estão implícitos à nossa profissão e que é importante relembrar em qualquer momento reflexivo como pretendo que seja a presente reflexão.

Em modo de conclusão gostava deixar esta mensagem:

"Já não se trata de aproximar a educação da vida, como nas perspectivas da educação nova ou da pedagogia activa, mas de considerar a vida como um espaço de educação." (Dominicé citado por Rui Canário – 1999:116)

Anexo X – Jogo terapêutico acerca da auto-estima.

JOGO TERAPÊUTICO "AUTO-ESTIMA"

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os jogos terapêuticos, de acordo com Brandes & Phillips (2006) "proporcionam a verdadeira comunicação" (p.15). Os autores prosseguem afirmando que ao auxiliar as pessoas a descontraírem em grupos, os jogos são promotores e incentivadores da comunicação entre pessoas que não ou pouco se conhecem, particularmente nas pessoas mais tímidas, as quais necessitam de serem estimuladas para comunicar e interagir com os demais. Não obstante, o recurso a jogos terapêuticos é susceptível de diminuir e mesmo eliminar sentimentos de hostilidade, removendo, por conseguinte, barreiras indesejáveis, segundo defendem Brandes & Phillips (2006).

Os autores supracitados (2006) referem ainda que a utilização deste tipo de jogos é, de todo, benéfica enquanto terapêutica, na medida em que permite que as pessoas descontraíam enquanto se desenvolve um trabalho de grupo, o qual tem como intuito clarificar determinados conceitos e/ou ideias relativas à temática patente no jogo em curso, de forma a reforçar e/ou acrescentar ideias através da analogia.

Segundo Santoni (2007), o objectivo fulcral dos jogos terapêuticos consiste no proporcionar, aos membros do grupo, uma experiência particular de aprendizagem, na medida em que os jogos promovem um nível base de estimulação suficiente para activar os processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas relacionais do funcionamento humano, estimulando, por conseguinte, a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os demais.

Para além do que foi mencionado anteriormente, segundo Brandes & Phillips (2006), os jogos terapêuticos apresentam também a vantagem de estimular o desenvolvimento da capacidade crítica e do insight, de uma forma inovadora, promovendo, por conseguinte, um sentimento de satisfação no grupo, o qual, por sua vez, é potenciador de um maior desenvolvimento do sentido de coesão grupal, assim como uma atmosfera aberta, na qual se torna possível a partilha entre os elementos do grupo.

Prosseguindo, Fritzen (2007) defende que a utilização de jogos terapêuticos visa a

um maior e melhor conhecimento de si e dos outros, melhor inter-relacionamento pessoal e maior integração grupai. No caso específico dos jogos de auto-estima, o autor menciona que estes assumem como objectivo uma maior interiorização pessoal, de forma a projectar o lado positivo da personalidade de cada um.

Assim sendo e, segundo o autor supracitado (2007), os grupos terapêuticos possuem a capacidade de influenciar a forma pela qual aprendemos, sendo que o processo de aprendizagem é facilitado no seio de um grupo, na medida em que a experiência do grupo actua "sobre nós de tal modo que chega a modificar os nossos hábitos de vida, de trabalho e ainda os nossos objectivos de vida" (p.8). O autor prossegue afirmando que a auto-estima de uma pessoa aumenta quando surge uma identificação com os demais, sendo que os grupos funcionam ainda como uma rede de apoio, da qual todos nós precisamos. No entanto, não é função do grupo fornecer soluções aos problemas que surgem, mas sim despertar nas pessoas a consciência de que os mesmos existem, são reais, inculcando na pessoa a noção que ela é a única que pode enfrentá-los e encontrar estratégias para solucionar os mesmos. Nestes casos, o animador deve esclarecer as situações, promover uma interiorização por parte da pessoa, despertar a solidariedade grupai, assim como promover um ambiente de compreensão e aceitação mútua, para que cada pessoa, individualmente, encontre respostas positivas de valorização e aceitação pessoal, no caso do jogo da auto-estima, segundo Fritzen (2007).

No pensamento de Santoni (2007), a realização de jogos terapêuticos deve ser dirigida para a concretização de dois objectivos primordiais, nomeadamente consentir o desenvolvimento do jogo e facilitar o contacto com as temáticas exploradas durante o jogo. Para tal, deve-se criar, de antemão, um ambiente favorável, com o intuito de promover uma diminuição das defesas pessoais e uma maior tomada de consciência. Assim sendo, subentende-se que o jogo terapêutico possibilita trabalhar e estimular três dimensões do funcionamento psicológico humano, sendo estas as dimensões emotivo-afectiva, cognitiva e experiencial.

De acordo com Mosquera & Stobäus (2006), a auto-imagem surge aquando da interacção da pessoa com o seu contexto social, o qual pode ser caracterizado como a consequência das relações estabelecidas com os outros e consigo próprio. Neste sentido, a auto-imagem surge como o (re) conhecimento que a pessoa tem de si mesma, como se vê, como encara os seus sentimentos, potencialidades, atitudes e ideias. Em suma, traduz a ideia, mais realista possível, que a pessoa faz de si própria. Por outro lado, a auto-estima refere-se, essencialmente, a auto-apreciação, ao amor-próprio. Ou seja, a auto-estima consiste no conjunto das atitudes que cada pessoa tem sobre si mesma, uma percepção avaliativa sobre si próprio, uma

maneira de ser, segundo a qual a própria pessoa tem ideias sobre si, as quais podem ser de cariz positivo ou negativo.

Segundo Neri (1999, cit. por Souza, 2002), a auto-estima é parte integrante da personalidade, sendo que a avaliação que cada pessoa faz de si própria determina como será conduzida a vida, os objectivos e a solução de problemas. Para o desenvolvimento da auto-estima, é, de todo, necessário que a pessoa defina, primeiramente, o que é. Uma vez definida a sua identidade, é natural que seja formada uma auto-imagem ou seja, uma visão geral de como é e a forma como os outros a vêem, sendo que ambos os conceitos encontram-se interligados em todos os momentos da vida.

De acordo com Mosquera & Stobäus (2006), a auto-estima consiste numa poderosa necessidade humana, a qual contribui significativamente para o processo da vida, sendo indispensável para um desenvolvimento normal e saudável.

Ora, na ausência de uma auto-estima positiva, o crescimento e amadurecimento psicológico fica comprometido, sendo que uma auto-estima positiva funciona como se, na realidade, fosse o sistema imunológico da consciência, na medida em que fornece resistência, força e capacidade de regeneração. Quando, pelo contrário, a pessoa tem uma auto-estima reduzida, a sua resistência e capacidade de resiliência, perante situações adversas e inesperadas, diminuem, tornando a pessoa mais influenciável e vulnerável ao sofrimento e à dor, Mosquera & Stobäus (2006).

Com uma auto-estima elevada é mais provável que a pessoa tenha maior capacidade em persistir perante as dificuldades. Pelo contrário, uma pessoa com baixa auto-estima tem maior tendência a desistir ou a acomodar-se perante situações adversas.

Quando uma pessoa se auto-respeita, automaticamente, exige respeito dos outros, uma vez que emite sinais e adopta comportamentos que transparecem esse mesmo auto-respeito. Numa situação oposta, a pessoa permite atitudes menos respeitantes e dignificantes por parte dos demais, facto que deteriora ainda mais o seu auto-respeito, auto-imagem e, conseqüentemente, auto-estima. O valor de uma auto-estima positiva não reside apenas no facto desta permitir que a pessoa se sinta melhor consigo mesma, mas também no facto de permitir que a pessoa viva melhor, respondendo aos desafios e às oportunidades de forma adequada e assertiva. Quanto mais positiva for a auto-estima, mais abertas, honestas e adequadas serão as comunicações, uma vez que as pessoas acreditam no que dizem e que o que pensam tem valor, apreciando, por conseguinte, muito mais do que se teme, a clareza. Quanto mais baixa for a auto-estima, provavelmente mais nebulosas, evasivas e impróprias serão as comunicações, devido à incerteza quanto aos seus próprios pensamentos e

sentimentos e/ou devido à ansiedade face à reacção do outro.

Com o intuito de construir uma auto-estima positiva, a pessoa deve viver de forma consciente, respeitando-se a si mesma e aos outros, empenhar-se em tudo o que faz, estar aberta a qualquer informação, conhecimento ou feedback que afirme os seus valores, interesses, objectivos, planos e metas, devendo ainda procurar compreender-se a si mesma. A pessoa deve ainda auto-aceitar-se, isto é, admitir, experimentar e assumir a responsabilidade pelos seus pensamentos, sentimentos e acções, sem fugir, negar ou refutar, e sem se repudiar, permitindo-se avaliar os seus conceitos, vivenciar as suas emoções e analisar as suas acções sem necessariamente apreciá-las, aprová-las ou justificá-las. Não obstante, a pessoa deve ainda ter a noção de responsabilidade, a qual consiste em compreender que é a única responsável pelas suas escolhas e acções, pelo seu bem-estar e pela sua concretização pessoal, ou seja, pela própria vida.

Ao auto-afirmar-se, a pessoa torna-se autêntica nas relações interpessoais que estabelece, respeitando os próprios valores e os das outras pessoas. A pessoa deve ainda viver objectivamente, ou seja, a pessoa deve estabelecer os objectivos a que se propõe, identificando as estratégias necessárias para a sua concretização, organizando o seu comportamento em virtude desses mesmos objectivos. Por último, mas não menos importante, a pessoa deve ter a noção de integridade pessoal, agindo de forma coerente consigo mesma, com os seus valores e ideais, ser verdadeira e honesta, servindo de exemplo dos valores que declara ser apologista.

Quando traímos os nossos valores, traímos as nossas próprias mentes e a auto-estima é, inevitavelmente, prejudicada.

"O ser humano é essencialmente um SER COM, um ser em relação com os outros, um ser que depende dos outros para realizar-se, para amadurecer, e que sofre a pressão dos outros. As pessoas em geral têm pouca consciência disso e é algo que não se adquire através de conceitos teóricos senão através de uma vivência que modifique a mentalidade."

Fritzen (2007, p.8)

Discente: David Paniagua

Docente Orientadora da Escola : Professora Alexandra Sarreiro Santos Enfermeira

Orientadora: Enfº Paula Homem

PLANO DE SESSÃO

Jogo Terapêutico

- Formador: David Paniagua
- Orientadora: Enfª Fernanda / Enfº Paula Homem
- Tema: "Auto-estima"
- Data: 24 de Setembro de 2009
- Duração: 60 minutos
- População alvo: Doentes internados na Clínica Psiquiátrica II, sem actividade delirante activa e com capacidades cognitivas compatíveis com a actividade a desenvolver.
- Local: Sala Multifunções da Clínica Psiquiátrica II
- Objectivos da Formação:
 - o Aprofundar conhecimentos relativos ao conceito de auto-estima e auto-imagem;
 - o Desenvolver competências relacionais com o grupo de doentes;
 - o Desenvolver competências concernentes à dinâmica grupai. Objectives Pedagógicos

- Objectivo Geral: Sensibilizar os doentes internados para a importância de uma auto-estima positiva no seu processo de tratamento, assim como em todas as áreas das suas vidas, sendo esta promotora de uma diminuição dos sintomas e sinais do humor depressivo presente na maior parte dos mesmos.

- Objectives Específicos:
 - o Fomentar a capacidade crítica e *insight*;

 - o Promover uma maior auto-consciencialização acerca da sua auto-estima e auto-imagem;

 - o Fomentar na pessoa o sentido de auto-responsabilização pela criação de estratégias que visem aumentar a sua auto-estima.

- Material necessário: Cadeiras dispostas em círculo

- Apresentação ao grupo;
 - o Apresentação do jogo terapêutico (explicar o que se pretende com a realização do mesmo);

 - o Colocação de três questões a cada doente, de forma individualizada:
 - § Como acha *que* você é?

 - § Como gostaria *de ser*?

 - § *O que vai fazer* para ser como gostaria? (fase em *que os outros elementos* do grupo podem *intervir*);

 - § Realização de um pequeno debate, de forma a explorar algumas respostas dadas pelos elementos do grupo;

- Avaliação do jogo terapêutico:
 - o Compreender se a realização do jogo terapêutico foi importante para os doentes e, caso o tenha sido, em que medida

foi importante.

- Avaliação do Jogo Terapêutico: Realizada através do diálogo com o grupo sobre a relevância deste jogo terapêutico e em que medida foi importante para o processo de tratamento/reabilitação da pessoa e preenchimento de folha própria de avaliação.

Anexo XI – Quadro avaliativo do jogo terapêutico auto-estima

Jogo Terapêutico "Auto-Estima"

Quadro resumo de interaccções

Cama	Nomes	Como sou?	Como gostaria de ser?	O que vou fazer?
	Questões			
1	Luísa	Generosa, solidária, penso mais nas necessidades dos outros, do que nas minhas	Ter mais auto-confiança nas minhas capacidades sobre tudo laborais	Pensar menos nos outros e um pouco mais em mim, tenho uma filha de 11 anos
2	Albertina	Um bom ser humano, pessimista e teimosa	Muito positiva e menos teimosa, gostava não ser medrosa	Vou tentar seguir os conselhos da equipa técnica, colegas e alguns amigos
3	Carlos	Eu sou uma pessoa divertida, simples e educada. Faço com que os outros se divirtam.	Gostaria ser ainda mais amigo dos meus amigos. Viver melhor a nível monetário.	Ajudar os amigos e familiares
4	Benvinda	Gosto de ajudar muito e de ser muito boa pessoa.	Gostava de ser uma pessoa ainda melhor	Tentar ajudar aos outros no que posso
5	Sandra	Sou negativa, mas sou boa mãe e responsável no meu trabalho	Gostava ser mais positiva	Vou tentar gostar mais de mim, ver a vida de uma forma mais positiva
6	António	Gostava ser mais valente e corajoso	Mais igualitário com os outros	Vou tentar com que meu carácter não influencie a relação com os outros
7	Luísa	Neste momento não sou a pessoa que foi sinto-me outra	A pessoa que sempre foi, comunicativa, sincera e trabalhadora	Viver um dia de cada vez com menos ansiedade
8	Violante	Sou muito triste, deprimida e faço sofrer aos outros com o meu comportamento	Gostava ser como era, alegre e feliz	Tomar a medicação, e pedir ajuda quando necessitar

Cama	Nomes	O que retrata o jogo?	Foi importante?	Porque foi importante?
	Questões			
1	Luísa	As razões da minha infelicidade	Sim, é bom identificar o que me faz sofrer	Tenho mesmo que pensar menos nos outros e um pouco mais em mim, tenho uma filha de 11 anos
2	Albertina	Não sei	sim	Vou tentar seguir os conselhos da equipa técnica, colegas e alguns amigos
3	Carlos	Identificar sentimentos	Sim, gostava repetir com mais frequência	Vou ajudar mais os meus amigos e familiares
4	Benvinda	Não sei muito bem	Sim	Tentar ajudar aos outros no que posso e tentar ajudar-me a mim própria
5	Sandra	Não quero comunicar	Sim	Vou tentar gostar mais de mim, ver a vida de uma forma mais positiva
6	António	António	Identifiquei aquilo que não gosto	Sim Vou tentar com que meu carácter não influencie a relação com os outros
7	Luísa	Identifiquei o foco da minha infelicidade	Sim, ajudo ver os meus pontos fracos	Vou tentar viver um dia de cada vez com menos ansiedade
8	Violante	Não sei	Sim	Vou tomar a medicação, e pedir ajuda quando necessitar

Anexo XII – Acção de educação para a saúde sobre a Gripe A

PLANO DE SESSÃO

Acção de educação para a saúde - Gripe A

- Formador: David Paniagua
- Orientadora: Enfermeira Paula Homem
- Tema: Gripe A
- Descrição da actividade: Consiste em informar os doentes acerca da gripe e, mais especificamente, da gripe A, da forma como esta se transmite, sintomas prováveis e medidas de prevenção eficazes e tratamento.
- Data: 25 de Setembro de 2009
- Duração: 40 minutos
- População alvo:
 - Doente orientado no tempo, espaço e pessoa;
 - Participantes sem quadro de agitação psicomotora ou qualquer manifestação de agressividade;
 - Participantes com atitude colaborante;
 - Doentes internados na Clínica Psiquiátrica II, sem actividade delirante activa e com capacidades cognitivas compatíveis com a actividade a desenvolver.
- Local: Sala Multifunções da Clínica Psiquiátrica II
- Objectives da Formação:
 - Que os doentes identifiquem o que é a gripe e, mais especificamente, a gripe A;

- Que os doentes compreendam formas de transmissão da gripe A;
- Que os doentes fiquem esclarecidos sobre os sintomas prováveis da gripe A;
- Que os doentes saibam colocar em prática medidas de prevenção eficazes;
- Que os doentes identifiquem as formas de tratamento disponíveis;
- Que os doentes se sintam confiantes para esclarecer quaisquer dúvidas que tenham relativamente ao tema.

Recursos Físicos: Sala de palestra da Unidade de Alcoologia. Materiais: Computador portátil, data-show.

Humanos: Doentes internados na Unidade de Alcoologia.

- Avaliação:

Realizada através do diálogo com o grupo sobre a relevância deste jogo terapêutico e em que medida foi importante para o processo de tratamento/reabilitação da pessoa e através de folha própria.

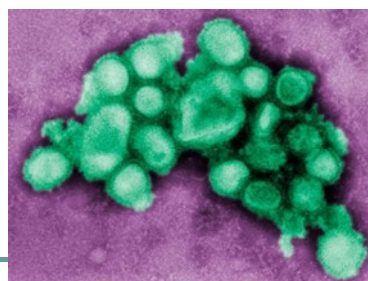
Gripe A

O que devemos saber...



O que é?

- Trata-se de uma gripe humana
 - Provocada pelo vírus H1N1
 - Em contraste com o vírus típico da gripe suína, este novo vírus da Gripe A(H1N1) é transmissível entre os seres humanos.



25-07-2009

2

Sinais e Sintomas

Semelhantes aos da Gripe Sazonal



25-07-2009

3

Formas de Contágio



- I Através de gotículas quando se tosse ou espirra. (Pessoa-a-pessoa)

- I Contacto com os olhos, nariz ou boca, de mãos que contactaram com objectos ou superfícies contaminadas com gotículas de uma pessoa infectada.



25-07-2009

4

O que facilita o contágio

- I Deficiente higiene das mãos
 - I Contacto com objectos contaminados (o vírus permanece activo 2 a 8h nas superfícies)
- I Permanência em ambientes fechados e pouco arejados
 - I Proximidade entre pessoas (distância inferior a 1 metro)
- I Cumprimentos pessoais



5

Período de Contagio

PERÍODO DE CONTÁGIO



**1 DIA
ANTES DE INICIAR
OS SINTOMAS...**

... E ATÉ 7 DIAS DEPOIS

6

Prevenção

- I Evite o contacto das mãos com os olhos, nariz e boca.
- I Evite espaços públicos fechados e pouco arejados e o contacto próximo com pessoas que apresentem sintomas de gripe.
- I Utilize lenços de papel, e após usar uma vez, coloque-o no lixo.



7

Prevenção

- I Se tossir ou espirrar, cubra a boca com um lenço de papel ou com o braço...mas NUNCA com a mão.
- I Lave as mãos frequentemente com água e sabão e **SEMPRE** que se assoar, tossir ou espirrar e estejam visivelmente sujas.



8

Técnica de Lavagem das Mãos



0
Molhe as mãos
com água



1
Aplique sabão suficiente para cobrir
todas as superfícies das mãos



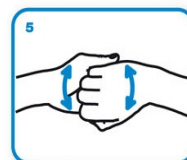
2
Esfregue as palmas das
mãos, uma na outra



3
Palma direita sobre o dorso
esquerdo com os dedos
entrelaçados e vice versa



4
Palma com palma
com os dedos entrelaçados



5
Parte de trás dos dedos
nas palmas opostas com
os dedos entrelaçados

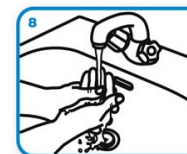
Técnica de Lavagem das Mãos



6
Esfregue o polegar
esquerdo em sentido
rotativo, entrelaçado na
palma direita e vice versa



7
Esfregue rotativamente para trás
e para a frente os dedos da mão
direita na palma da mão
esquerda e vice versa



8
Enxague as mãos
com água



9
Seque as mãos com
toalhete descartável



10
Utilize o toalhete para
fechar a torneira se esta
for de comando manual



11
Agora as suas mãos
estão seguras.

Atenção!!!

- I Maçanetas das portas, corrimão de escadas, teclados e ratos do computador...
- I O vírus não se transmite através da água para consumo humano, águas de piscinas ou parques aquáticos.
- I Também não se transmite através dos alimentos cozinhados ou bem lavados.

11

Se tiver sintomas de gripe???

- I Permaneça em casa, não vá viajar, nem vá para o trabalho.
- I Contacte a Linha **Saúde 24 – 808 24 24 24** e siga as instruções que lhe forem fornecidas.
- I Evite o contacto directo com outras pessoas durante 7 dias após o início dos sintomas.



12



Fases	Actividades	Métodos	Recursos didácticos	Formador	Tempo
Introdução	• Apresentação do aluno • Descrição do tema da palestra	Exposição oral	•Data Show •Computador	David Paniagua	5 min
Desenvolvimento	• Apresentação do trabalho: O que é a Gripe Gripe A — Vírus HINI Como se transmite a Gripe A Sintomas Gripe A Medidas de Prevenção Tratamento da Gripe A	Exposição oral	•Data Show •Computador	David Paniagua	30 min
Avaliação	• Observação de 4 vídeos • relacionados com o tema • Discussão e avaliação dos vídeos apresentados	Exposição oral	•Data Show •Computador	David Paniagua	15 min
Conclusão	• Síntese do trabalho • Esclarecimento de dúvidas	Exposição oral	•Data Show •Computador	David Paniagua	10 min



AVALIAÇÃO

Acção de educação para a saúde - Gripe A

A acção de educação para a saúde considero que foi um momento de contacto crucial com os utentes muito útil em futuras intervenções.

Este momento de carácter terapêutico e informativo permitiu que os doentes vissem na minha pessoa um técnico de saúde, no meu caso um enfermeiro, que se interessa pelos problemas que estão a volta deles, na situação específica a gripe A.

O grupo mostrou-se muito interessado e participativo na parte teórica, tendo também uma grande motivação para a parte mais prática. Nesta segunda parte prática os doentes um a um, fizeram uma lavagem higiénica das mãos segundo tinha explicado na parte teórica e tinham visto nos vídeos didácticos. Foi nesta parte que a relação de ajuda entrou mais em acção, a escuta, a empatia e por vezes a assertividade fizeram com que os doentes assimilassem os conhecimentos básicos sobre a gripe A. Assim como uma correcta lavagem das mãos.

25/09/09

Anexo XIII – Actividade terapêutica identificação de sentimentos.

Plano de Sessão

Actividade Terapêutica - "Jogo das Caras"

Descrição da actividade:

Consiste em seleccionar cartões com expressões faciais com os quais cada participante se tem de identificar, para posteriormente descrever uma situação em que se tenha sentido assim.

Local: Clínica Psiquiátrica II (CHPL)

Data: 30/09/2009

Duração: 60 minutos

População alvo: Doentes internados na CP II, sem actividade delirante activa e com capacidades cognitivas compatíveis com a actividade a desenvolver.

Objectivos:

- Que os participantes identifiquem sentimentos;
- Que os participantes expressem sentimentos;
- Que o jogo terapêutico promova o auto-conhecimento (auto-consciencialização acerca dos seus sentimentos e da sua importância);
- Que se promova a interacção em grupo;
- Que o jogo terapêutico desperte reflexão acerca dos sentimentos identificados.

Pré-requisitos

- Doente orientado no tempo, espaço e pessoa;
- Participantes sem quadro de agitação psicomotora ou qualquer manifestação de agressividade;
- Participante com atitude colaborante;
- Que demonstre interesse em participar na actividade. Regras do Jogo

Terapêutico:

- Os participantes têm 5 minutos para a escolha do cartão e reflexão individual da expressão facial seleccionada;
- No início do momento de partilha o cartão deve ser mostrado a todos os outros participantes de forma que possam visualizar a expressão facial escolhida;
- Cada participante tem até 2 min para a partilha da situação reflectida;
- Durante a escolha e reflexão, todos os participantes devem-se manter em silêncio.

Recursos Físicos: Sala multifunções CP II - cartões de apoio

- Materiais: Cartões com expressões faciais impressas.
- Humanos: Doentes internados na CP II que cumpram requisitos.

FASES	ACTIVIDADES	MÉTODOS	RECURSO DIDÁCTICOS	FORMADOR	TEMPO
Introdução	• Apresentação do aluno • Descrição da Actividade Terapêutico • Explicação das regras • Descrição dos objectivos	Exposição oral		David Paniagua	5 min
Desenvolvimento	• Escolha de um cartão com o qual cada um identifique uma situação ocorrida no passado • Reflexão individual acerca da escolha • Partilha, com o grupo, da situação reflectida individualmente expressão facial seleccionada	Exposição oral	Cartões com expressões faciais impressos		40 min
Avaliação	Compreender se a realização do jogo foi importante para os participantes e, caso o tenha sido, em que medida foi importante	Exposição oral		David Paniagua	15 min
Conclusão	Realizar síntese do jogo terapêutico	Exposição oral		David Paniagua	5 min

Actividade Terapêutica - "Jogo das Caras"

Avaliação da actividade

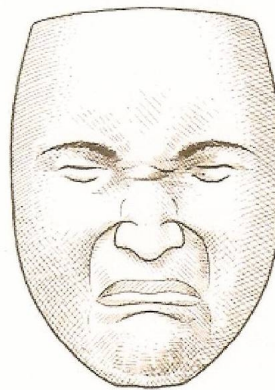
Foi a segunda actividade que desenvolvi com os utentes, senti que o grupo estava mais confiante visto a outra actividade ter-se desenvolvido duma forma adequada. Para ser de mais fácil consulta elaborei um quadro de avaliação:

NOME	SENTIMENTO IDENTIFICADO	OBSERVAÇÕES
M	Refere tristeza - Refere estar menos triste do que à Entrada	Apresenta dificuldade na comunicação factor que dificultou a explicação das razões que levam ao doente apresentar humor triste.
H	Alegria, tristeza, esperança Mínima	A utente explicou que antes da depressão se sentia feliz, após a mesma sentiu-se profundamente triste e o internamento tornou-se uma esperança ainda mínima mas já existente.
V	Tristeza – Refere estar menos triste do que à entrada	Relaciona com a dificuldade para ter uma vida dita "normal", fundamentalmente relacionada com o trabalho.
M. L.	Tristeza – Refere estar menos triste do que à Entrada	Refere "saudades" dos filhos motivação para a tristeza, mas considera estar mais preparada para a "luta" SIC.
D.	Tristeza–Refere estar menos triste do que à Entrada	Refere "saudades" dos filhos motivação para a tristeza, sendo a primeira vez que refere vontade de reatar laços com os

M. F.	Desânimo	Não quis partilhar
A.	Tristeza Sente-se menos triste do que à entrada	O grupo refere que está muito fechada e a doente concorda e refere que vai tentar alterar o seu padrão comportamental.
M. F.	Tristeza + Desanimo = Desapontamento	Sente-se igual do que no início do internamento. O grande grupo refere que ela não quer mudar. A doente mostra-se indiferente a crítica.



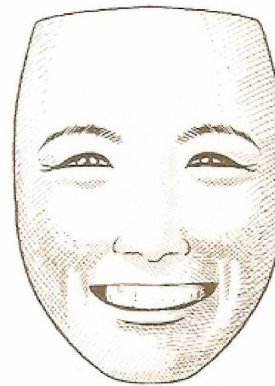
RAIVA



NOJO



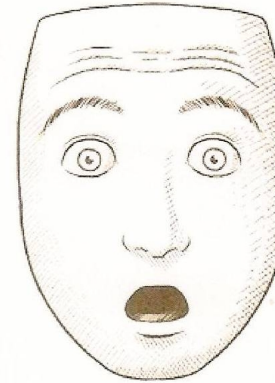
MEDO



ALEGRIA

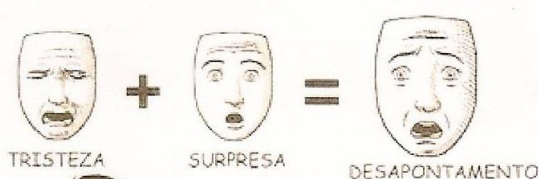
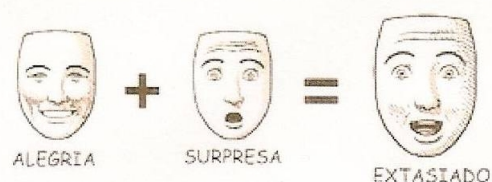
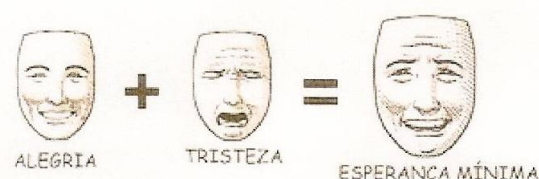
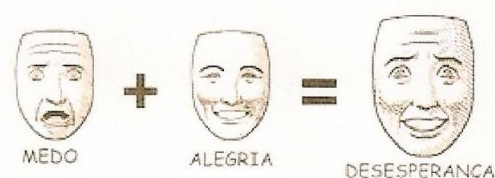
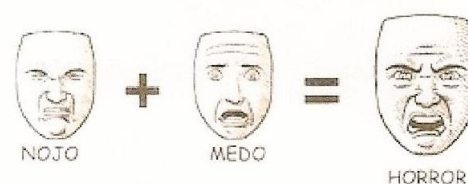
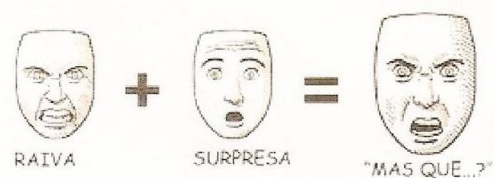
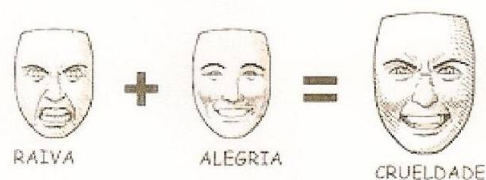
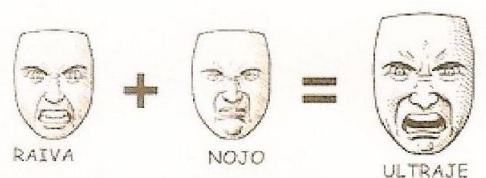
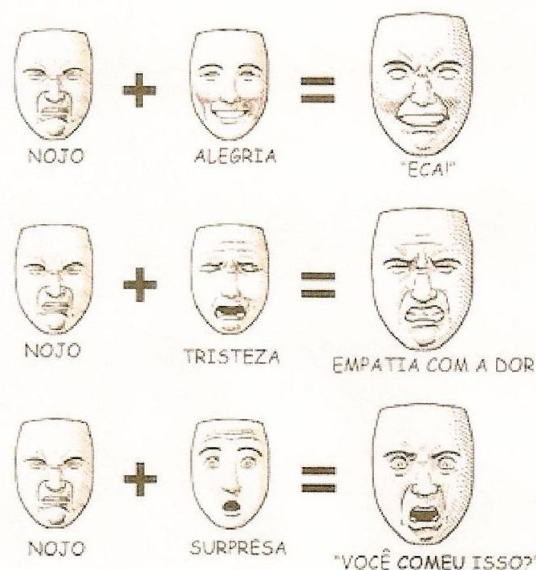
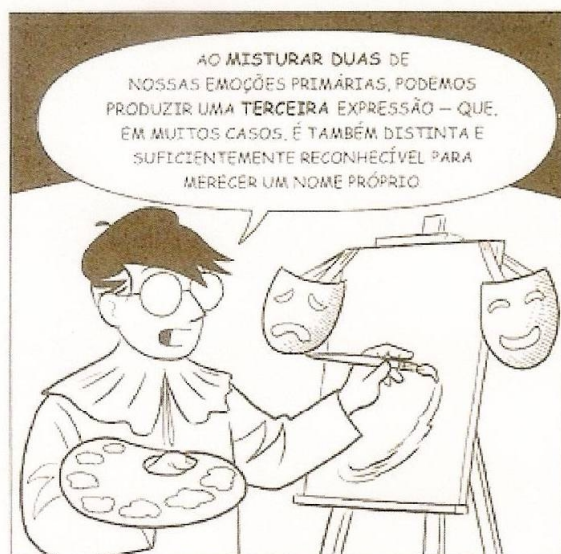


TRISTEZA



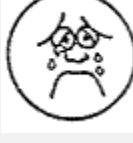
SURPRESA





Anexo XIV – EVA, relacionada com a ansiedade

Escala de Avaliação Analógica, relacionada com o grau de ansiedade

	<u>Neste momento antes da Sessão de Relaxamento</u>		<u>Neste momento depois da Sessão de Relaxamento</u>
	0 – Não sinto tensão. Sinto todo o meu corpo completamente relaxado, como nunca me senti antes.		0 – Não sinto tensão. Sinto todo o meu corpo completamente relaxado, como nunca me senti antes.
	1 - Sinto-me mais relaxado do que o habitual.		1 - Sinto-me mais relaxado do que o habitual.
	2 - Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso/descanso.		2 - Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso/descanso.
	3 - Sinto alguma tensão em algumas partes do meu corpo.		3 - Sinto alguma tensão em algumas partes do meu corpo.
	4 - Sinto todo o meu corpo tenso em geral.		4 - Sinto todo o meu corpo tenso em geral.
	5 - Sinto todo o meu corpo extremamente tenso e transtornado.		5 - Sinto todo o meu corpo extremamente tenso e transtornado.

Adaptação da Escala de Registo Sistemático da Intensidade da Dor (Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003 e Escala de Auto-avaliação do relaxamento comportamental adaptada de Poppen (1988), apresentada por PAYNE(2003:85)

Anexo XV – Escala de avaliação de ansiedade de estado STAI Y

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO - De Charles D. Spielberger

STAI Forma Y - 1

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Nome _____ Idade _____ Data: _____

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐ Escolaridade _____ Profissão _____

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (x) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequente- mente	Quase sempre
1. Sinto-me calmo.	4	3	2	1
2. Sinto-me seguro.	4	3	2	1
3. Estou tenso.	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.	4	3	2	1
6. Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.	4	3	2	1
9. Sinto-me assustado.	1	2	3	4
10. Estou descansado.	4	3	2	1
11. Sinto-me confiante.	4	3	2	1
12. Sinto-me nervoso.	1	2	3	4
13. Estou inquieto.	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.	1	2	3	4
15. Estou descontraído.	4	3	2	1
16. Sinto-me contente.	4	3	2	1
17. Estou preocupado.	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.	4	3	2	1
20. Sinto-me bem.	4	3	2	1

Ansiedade baixa - 20-34

Ansiedade moderada - 35-49

Ansiedade Eelevada - 50-64

Ansiedade muito elevada - 65 -80

**Anexo XVI – Folhas de registo de parâmetros antes e depois das
sessões de relaxamento**

**Avaliação das sessões de Relaxamento segundo o Modelo
Psicoterapêutico de Jacobson**

Nome	TA sis antes	TA dias	FC antes	STAI Y1 - Antes	EVA antes		Observações
A	103	63	83	60	4		
DI	109	67	82	48	3		
D2	103	58	68	62	4		
D3	108	79	69	45	3		
R	162	80	68	40	3		
V	99	68	88	46	3		

Nome	TA sis depois	TA dias depois	FC depois	STAI Y] - Depois	EVA depois		Observações
A	101	62	80	42	3		Isto era bom a noite
D1	108	65	69	32	2		Consegui relaxar, estou mais calmo
D2	102	76	72	30	2		Isto era bom para relaxar a noite
D3	107	77	65	31	2		Gostei muito
R	155	79	68	33	2		Bem, consegui relaxar
V	89	53	82	26	1		Consegui relaxar, foi muito bom.

Sessão de relaxamento nº 1

Data: 15/10/2009

Nome	TA sis antes	TA dias	FC antes	STAI Y1 - Antes	EVA antes		Observações
A	108	75	90	76	5		
A R	114	76	99	45	3		
D1	105	61	54	73	5		
D2	101	64	70	24	1		
MA	108	69	86	54	4		
L	120	75	80	23	1		
R	125	72	48	25	1		
V	99	70	84	46	3		

N o m e	TA sis depois	TA dias	FC depois	STAI Y1 -	EVA depois	Observações
A	102	70	85	49	3	Relaxe mas com algumas dificuldades
A R	112	74	95	34	2	Preciso disto, sinto-me bem
D1	102	60	52	43	3	Tive alguma dificuldade em relaxar estava muito nervosa, vou ter alta
D2	99	69	65	21	o	Gostei muito, muito
MA	101	59	86	44	3	
L	111	65	70	22	o	Estou igual mas ligeiramente mais relaxada
R	120	75	47	24	o	Sonolento, mas muito leve e relaxado
V	76	55	80	32	1	É fundamental

Sessão de relaxamento nº: 2

Data:19/10/2009

Nome	TA sis antes	TA dias	FC antes	STAI Y1 - Antes	EVA antes		Observações
S	114	57	68	32	1		
A	118	75	95	48	3		
v	100	68	96	35	2		
D2	113	68	57	68	4		
N	130	68	68	48	3		
15	141	62	87	68	4		

N o m e	T A sis	T A dias	FC depois	STAI Y Depois	EVA depois	O b s e r v a ç õ e s
S	112	54	62	28	0	Deveria ser todos os dias
A	106	65	91	38	2	Senti-me muito bem
V	80	52	93	28	1	Consegui relaxar foi muito bom
D2	102	64	55	40	2	Foi bom, não quero falar mais
N	123	63	60	43	2	Gostava todos os dias
B	120	64	75	51	2	Sinto-me completamente relaxado

Sessão de relaxamento n°: 3

Data:23/10/2009

Nome	TA sis antes	TA dias antes	FC antes	STAI Y1 Antes	EVA antes		Observações
AR	116	71	11	52	3		
V	101	67	98	48	3		
D2	109	56	66	70	4		
D4	104	66	63	72	4		
R2	128	69	76	55	3		
L2	147	78	89	52	3		

Nome	TA sis depois	TA dias depois	FC depois	STAI Y1 - depois	EVA depois	Observações
AR	111	71	101	38	2	Sinto-me, mais calmo e relaxado
V	83	52	92	39	2	Senti-me mais relaxado e descontraído
D2	100	56	61	48	2	Estou mais relaxado
D4	100	52	53	49	2	Estava renitente no início mas agora estou mais relaxada,
R2	104	65	63	41	2	Era importante fazer isto mais vezes
L2	128	67	78	33	1	Gosto muito, estou mais relaxado e descontraído

Sessão de relaxamento nº: 4

Data:26/10/2009

**Anexo XVII –Exemplo Modelo Psicoterapêutico de Jacobson, utilizado
em sessões de relaxamento**

RELAXAMENTO TERAPÊUTICO

– Plano esquemático da sessão –

Objectivo geral:

- Contribuir para o aumento da sensação de bem-estar psíquico e relaxamento dos utentes.

Objectivos específicos:

- Reduzir os níveis de ansiedade através da indução de um estado de calma;
- Estimular a capacidade de concentração;
- Estimular a expressão de sentimentos/emoções;
- Estimular a sensibilidade proprioceptiva;
- Reforçar a relação de terapêutica técnico/utente.

Destinatários: Utentes da CP2 - CHPL

Contexto: Estágio do CMPESMP - UCP

Data: 15/10/09 – 05/11/09

Hora: 11:00

Local: CP II

Tempo: 30 minutos

<u>CONTEÚDOS</u>	<u>TEMPO</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>MATERIAIS PEDAGÓGICOS</u>
Apresentação da sessão; Apresentação dos objectivos: motivação; Apresentação dos participantes; Nos doentes seleccionados: aplicação da Escala STAI e EVA e avaliação de TA e FC	2 min	Expositiva	Colchões, dispositivo de reprodução áudio, CD de música
Postura corporal; Exercícios: - Musculatura da face - Musculatura ombro e braços – Respiração	5 min	Adaptação do método de relax. muscular progressivo de Jacobson	
Sintonização de repouso; Exercícios: - Respiração - Peso (cabeça, braços, pés); Manobras de retrocesso	15 min	Adaptação do método Autogeno de Schultz	
Avaliação: - Durante a sessão: verificação de sinais de relaxamento tais como posição não vertical dos pés, separação das arcadas dentárias e suspensão do maxilar inferior, inspirações progressivamente mais lentas, feições ‘lisas’; - No final: Expressão de sentimentos/emoções/experiência individuais com o grupo; - Nos doentes seleccionados: aplicação da Escala STAI e EVA e avaliação de TA e FC	8 min	Interactiva	Escala STAI e EVA

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Método de Jacobson

Um dos interesses para a minha escolha numa Unidade de Internamento de agudos foi o facto de cuidar de pessoas com dependência de álcool. Durante o meu percurso profissional na Unidade de Alcoologia de Lisboa, constatei que a depressão ocorre associada, com frequência, quer seja prévia à dependência, quer após a recuperação, o que me leva a querer saber mais sobre o temática do humor depressivo.

Em Portugal a depressão afecta 20% da população portuguesa. No Plano Nacional de Saúde 2000-2010 a depressão é reconhecida como um problema primordial de saúde pública. Segundo Bento (2003) citado no Plano Nacional de Acção 2007-2016, de entre as pessoas com patologias psiquiátricas, as perturbações depressivas estão presentes em 21,5% das consultas em ambulatório, 4,4% dos internamentos e 20,2% das idas ao serviço de urgência. Estando associada à perda de 850 mil vidas por ano, mais de 1200 mortes, segundo o Ministério da Saúde (2008).

A depressão surge associada a outras patologias (BALLONE, 2005):

- Físicas - doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, cancro, doenças de Parkinson, doença de Alzheimer e diabetes;
- Psiquiátricas: somatizações (90%), stress pós-traumática (66%), pânico (50%), transtornos ansiosos (46%), transtornos obsessivo-compulsivos (43%).

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016) definiu, de entre outras, a seguinte prioridade:

“Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias.

Segundo o mesmo Plano, os serviços comunitários são mais efectivos e preferidos pelos utentes e suas famílias, comparativamente com os serviços hospitalares. Também é na comunidade que se encontra um maior número de utentes (sadios ou com patologia: em crise ou estabilizados).

Assim, foi escolhido um serviço de internamento, onde irei cuidar de pessoas em crise de forma a promover as suas competências para lidar com a sua patologia.

Perante a conjuntura julgo ser de extrema importância para a minha formação o desenvolvimento de competências especializadas nesta área, a fim de conseguir conhecer e intervir adequadamente.

Esta experiência, no meu ponto de vista, dotar-me-á de competências que me permitirão, no decurso do estágio e na minha actividade profissional, prestar cuidados individualizados a pessoas com esta problemática, de modo a fomentar a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida saudáveis e reforço dos mecanismos de coping adaptativos. Desta forma poderei desenvolver algumas das funções que BENNER (2001) identificou como necessárias para a excelência na prestação de cuidados de Enfermagem: Função de Ajuda; Função de Educação e Orientação; Função de Diagnóstico e de Vigilância do Doente.

Neste sentido considero fundamental fornecer ferramentas aos doentes, para conseguir diminuir a ansiedade inerentes ao internamento e a própria patologia psiquiátrica. Desta forma o relaxamento progressivo de Jacobson será uma opção para a diminuição da ansiedade, ao curto e médio prazo. Segundo PAYNE (2000), algumas das patologias que poderão usufruir da realização de sessões de relaxamento segundo o Modelo de Jacobson, são:

- Ansiedade
- Pânico
- Depressão
- Dependências de substâncias, como tabaco, álcool e Benzodiazepinas,
- Perturbações alimentares
- Insónia, etc.

Assim considero que a realização de sessões de relaxamento será potencialmente terapêutica para os utentes que poderei encontrar numa unidade de internamento psiquiátrico, podendo reduzir os níveis de ansiedade dos mesmos, associados a um internamento hospitalar psiquiátrico em fase aguda.

A ansiedade é, segundo Spielberger et. al (1973), um processo complexo, caracterizado por uma sequência de eventos cognitivos, afectivos, comportamentais e fisiológicos, que são despoletados por estímulos ansiogénicos externos e/ou internos, sendo que a pessoa percebe e interpreta a situação causada por esses

estímulos stressores, de acordo com experiências anteriormente vivenciadas. Trata-se de um estado emocional muito frequente, normal no espectro das emoções humanas e extremamente útil para a sobrevivência, pois permite à pessoa estar mais alerta para os perigos, propulsionando o desempenho e a acção. No entanto, passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objecto específico ao qual se direcione (Abreu, Tolleti, 2005)

Há varias decadas que se desenvolve uma concepção dualista de ansiedade: ansiedade-traço e ansiedade-estado. Esta concepção foi mais tarde, em 1970, desenvolvida por Spielberger e colaboradores, com a construção do chamado *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (STAI -Y) (Andrade & Gorenstein, 1998), instrumento que já foi validado para a população portuguesa e sendo o mesmo no meu estágio, como instrumento avaliativo das sessões de relaxamento progressivo de Jacobson. .

Os scores de ansiedade-traço (STAI – Y) permanecem relativamente constantes no tempo, isto é, são pouco sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais.(Abreu, Tolleti, 2005)

Por outro lado, a *ansiedade-estado* é definida como a ansiedade contextual, associada às circunstâncias do momento. Trata-se de um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis, conscientemente percebidos, de tensão e apreensão e, por aumento da actividade do sistema nervoso autónomo. Os scores da ansiedade-estado do STAI - Y, não são constantes ao longo do tempo pois são sensíveis às condições ambientais internas e externas, ou seja, variam em intensidade de acordo com o perigo percebido no momento. Considerando o anteriormente mencionado e para dotar esta actividade terapêutica dum carácter investigativo, considero fundamental uma avaliação formal da mesma. Desta forma utilizei uma **Escala Visual Analógica, relacionada com o grau de ansiedade e** a STAI-Y 1, antes e depois do relaxamento, assim como uma avaliação da TA e FC nos períodos anteriormente mencionados.

Relativamente a escala *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI - Y) da autoria de Charles D. Spielberger será importante mencionar que é composto por duas partes, cada uma com 20 itens: uma que avalia a ansiedade-estado (STAI Forma Y-1) e outra que avalia a ansiedade-traço (SATI Forma Y-2). Dentro da avaliação

efectuada da actividade será apenas utilizada a *sub escala da ansiedade-estado (STAI - Y1)*, na medida em que traduz a ansiedade que está associada às circunstâncias do momento.

Este instrumento tem como principal característica, o facto de avaliar aspectos inespecíficos que envolvem situações stressantes, como por exemplo, tensão, nervosismo, irritabilidade, preocupação e apreensão em relação aos outros. De acordo com os scores obtidos considera-se a ansiedade estado-traço: baixa, quando os valores se encontram entre 20 e 34 pontos; moderada, entre 35 e 49 pontos; elevada, 50 a 64 pontos e muito elevada, 65 a 80 pontos (Chaves & Cade, 2004).

A população é constituída pelas pessoas internadas em situação aguda de doença mental, na Clínica Psiquiátrica II do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Os participantes, em número de 20, foram seleccionados com base em critérios de escolha intencional e no garante da sua disponibilidade para nele colaborar, formalizada através de consentimento expresso oralmente. Cada utente participou num número variável de sessões, compreendido entre um e quatro, em função do seu desejo e de outras circunstâncias inerentes ao internamento (licenças de ensaio, envolvimento noutras actividades, outros). As sessões decorreram no período de 15/10/2009 a 04/11/2009.

Foram excluídos da participação nesta investigação todos os utentes para quem a actividade pudesse constituir à partida uma contra-indicação fruto da sua situação clínica e/ou funcional, como por exemplo na situação de infecção sistémica grave; de insuficiência cardíaca; de insuficiência renal ou hepática grave; de descompensação psicótica com actividade delirante intensa; de humor eufórico; desinibição sexual e outras.

ADAPTAÇÃO DO RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Método de Jacobson

(Bernstein & Given, 1984)

A intervenção ocorreu numa sala, visto ser o local que reúne melhores condições para a sua realização, quer a nível de ambiente, quer a nível de meios técnicos. Existem vários factores, que influenciam e propiciam a execução do relaxamento de forma mais eficaz possível:

Ambiente – silencioso, na penumbra, temperatura agradável; com roupa cómoda, sem sapatos ou com calçado ligeiro. Pediu-se que respeitassem a próxima meia hora para que ninguém interrompesse a sessão de relaxamento.

Disposição mental – solicitei que as preocupações quotidianas fossem postas de lado e que pensassem em algo agradável. Utilizei música suave.

Tempo – o relaxamento foi efectuado durante aproximadamente 30 minutos.

Posição: Para estas sessões de relaxamento profundo, adoptou-se a posição de deitado de barriga para cima, com os olhos fechados, os braços estendidos ao longo do corpo, as pernas estendidas e os pés ligeiramente separados um do outro, do que à posição de sentado, já que um corpo totalmente apoiado propicia a libertação da sua tensão. No entanto as duas podem ser utilizadas de acordo com as diferentes ocasiões. O material utilizado foi um colchão de espuma.

Sessão de Relaxamento

Coloquem-se numa posição confortável deitados, com os braços ao longo do corpo, as pernas esticadas e fechem os olhos.

Vou guiá-los através de alguns músculos mais importantes do corpo, pedindo para os contrair e relaxar, um a um. Isto vai ajudar a ter uma sensação de relaxamento físico e mental. À medida que a sessão decorrer irão sentir os músculos e outras sensações que irão aprender a identificar e libertar. Quando quiserem relaxar poderão usar esta técnica.

RESPIRAÇÃO

Deixem que a vossa respiração estabilize e reparem no seu ritmo normal... sintam o ar a fluir... agora façam uma expiração um pouco mais longa e sintam o ar sair dos pulmões... a

seguir deixem o ar entrar, deixem que ele encha os vossos pulmões suavemente... e depois...expirem lentamente, libertando todo esse ar...façam novamente uma respiração natural...

Inspirem...Expirem...

Inspirem...Expirem...

Inspirem...Expirem...

BRAÇOS

Aranha

Gostaria agora que focassem a atenção nos braços... sintam os vossos braços ao longo do corpo...com a palma da mão para baixo pressionem lentamente a ponta dos dedos contra o chão, movendo-os no sentido da palma da mão, até ficarem com a forma de uma aranha e mantenham essa posição...agora...reparem nas sensações das vossas mãos e antebraços...sintam as mãos tensas, sintam-nas a desenvolver...a seguir, relaxem...deixem a tensão sair...relaxem os músculos, dando tempo à mão para ficar mais e mais relaxada...reparem na sensação quando ela ficar completamente relaxada...

Bastão

Focando a atenção nos braços...façam força com a mão fechada até ficar em forma de punho...sintam a tensão dos músculos na mão...a seguir estiquem o braço ao longo do corpo e façam força até ficar rígido como um bastão e mantenham essa posição...agora sintam a tensão ao longo do braço, mas não exagerem...sintam os músculos tensos e quentes...e a seguir...relaxem lentamente...sintam os músculos a soltarem-se e o braço a ficar mole...reparem no alívio, nessa sensação boa...continuem a relaxar até sentir o último vestígio de tensão desaparecer...sintam os músculos do braço totalmente relaxados...

PERNA

Pés a apontar para a cara

Vamos focar-nos agora nas pernas estendidas no chão...vamos apontar os pés no sentido da cara, com a parte de trás dos joelhos no chão e manter essa posição...agora...reparem nas sensações que estão a ter, os músculos a trabalhar, a tensão a acumular...e a seguir relaxem... e à medida que libertam os músculos das pernas, sintam a tensão a sair...sintam a tensão a continuar a sair e as pernas a ficar cada vez mais relaxadas...

Pés a apontar para longe da cara

Mantendo a atenção nas pernas, vamos agora apontar com os pés para baixo, como se estivéssemos a apontar para algo que está longe...calmamente vamos apontar os dedos dos pés até sentimos que não conseguimos mais manter essa posição...vamos sentir a tensão e calor na barriga da perna... de seguida...relaxem...deixem que a tensão se dilua...sintam o conforto a voltar às pernas...reparem nas sensações que sentem com este relaxamento dos músculos...e continuem a relaxar...

RESPIRAÇÃO (2)

Voltem a atenção novamente para a respiração...não tentem controlar a respiração, deixem-na fluir naturalmente...percebam o seu ritmo natural...coloquem uma mão na parte de cima da barriga e reparem nos seus movimentos...deixem que a respiração se guie a si própria...

Inspirem...Expirem...

Inspirem...Expirem...

Inspirem...Expirem...

Podem agora colocar a mão ao longo do corpo outra vez...

ABDÓMEN

Concentrem-se agora nos músculos abdominais (da barriga) ...contraíam esses músculos tornando a barriga rígida sintam a tensão no peito e barriga, os músculos tensos e quentes...e ...relaxem deixem que os músculos relaxem...sintam a sensação de relaxamento a crescer...

OMBROS

Vamos passar agora às costas...vamos centrar toda a atenção nas costas e ombros...coloquem os ombros para trás, como se tentassem que se tocassem um ao outro atrás das costas (sem fazer demasiado esforço) ...sintam as costas a serem comprimidas, sintam o peito a ser levantado do chão...e de seguida...relaxem, aliviem a tensão, sintam as costas novamente a repousar no chão...reparem nas sensações de relaxamento e centrem-se nestas sensações...

Elevação

Passando à região do pescoço, gostaria que levantassem os ombros... empurrem-nos... para cima como se quisessem tocar as orelhas e mantenham essa posição, sintam a tensão na parte debaixo do pescoço, os músculos que trabalham...lembrem-se dessa sensação...e...relaxem...deixem os ombros cair lentamente, sentindo a tensão a sair...

NUCA

Vamos passar agora à cabeça, vamos manter o queixo junto ao peito e pressionar a cabeça contra o chão...agora reparem nos músculos que estão a trabalhar... a tensão na parte de trás do pescoço...e relaxem...deixem ir...sintam a área a relaxar...reparem na sensação de alívio em todo o pescoço...

PARTE SUPERIOR DA FACE

Elevação das sobrancelhas

Passando à cara...levantem as sobrancelhas...levantem-nas alto e sintam a testa franzida, mantenham essa posição...agora, sintam a tensão nos músculos da testa e no centro da cabeça...e...relaxem...deixem a tensão soltar-se...sintam a tensão a desaparecer...e os músculos da testa a relaxarem mais e mais...

Franzir as sobrancelhas

Agora centrem-se nos músculos do sobrolho...juntem as sobrancelhas como se procurassem ver algo que está longe e mantenham essa posição...agora...dêem conta da sensação que se obtém, músculos a contrair e tensão a acumular...de seguida relaxem...aliviem a tensão...sintam as sobrancelhas a estenderem-se para os lados, imaginem o espaço entre elas a aumentar...reparem na confortável sensação que a acompanha...continuem até que toda a tensão desapareça...

Olhos

Com os olhos fechados, sem mexer a cabeça, virem os olhos para cima...agora...mantenham o olhar fixo em cima por momentos...reparem na tensão dos músculos...voltem com os olhos para a posição central...olhem para baixo, como se olhassem para os pés...agora...aguardem um momento...depois voltem ao centro...olhem para a direita...agora...mantenham firme essa fixação...voltem para a frente... e para a esquerda...agora...aguentem...de seguida tragam os olhos de volta para a frente...e...relaxem...deixem os olhos sentirem-se relaxados...reparem como se sentem com os olhos nessa posição...finalmente, rodem os olhos no sentido dos ponteiros do relógio...reparem nas sensações de tensão...agora rodem-nos na direcção oposta à dos ponteiros do relógio...reparem novamente na sensação de tensão...de seguida...deixem-nos relaxar por completo até a tensão os abandonar...

PARTE INFERIOR DA FACE

Maxilar inferior

Foquem agora toda a atenção na zona da boca...coloquem os dentes de trás juntos...façam-no com firmeza, mas sem os apertar demasiado...agora...sintam a sensação no maxilar como se estivessem estado a mastigar carne rija, mantenham...e...relaxem...aliviem os músculos no maxilar...sintam a tensão a desaparecer e a ficar cada vez mais relaxados...

Lábios

Agora, pressionem os lábios firmemente um contra o outro, como se estivessem a rejeitar uma comida desagradável...agora...mantenham os lábios contraídos, sintam a tensão nos músculos da face e o calor a fluir...e de seguida...relaxem, soltem-nos...e à medida que eles relaxam, reparem nas sensações...concentrem-se nas sensações e relaxamento...

RESPIRAÇÃO (3)

Voltem a atenção novamente para a respiração ... não tente controlar a respiração, deixem-na fluir naturalmente, perceba, o seu ritmo natural...deixem que a respiração se guie a si própria...

Inspirem...Expirem...

Inspirem...Expirem...

Inspirem...Expirem...

Agora, vou contar de 5 até 0, e depois podem abrir os olhos, espreguiçar-se lentamente e colocarem-se noutra posição confortável.

Anexo XVIII – Quadro resumo dos dados obtidos durante as sessões de relaxamento segundo o Modelo Psicoterapêutico de Jacobson

Utente	TA s 1.1	TAs1 .2	TA d 1.1	TA d 1.2	FC 1.1	FC 1.2	STAI Y1.1	STAI Y 1.2	EVA 1.1	EVA 1.2	TA s 2,1	TAs2 .2	TA d 2,1	TAd 2.2	FC 2,1	FC2. 2	STAI Y2.1	STAI Y 2,2	EVA2 .1	EVA 2.2	TA s 3.1	TA s 3.2	TA d 3,1	TA d 3.2	FC 3,1
A	103	101	63	62	83	80	60	42	4	3	108	102	75	70	90	85	76	49	5	3	118	106	75	65	95
DI	109	108	67	65	82	69	48	32	3	2	105	102	61	60	54	52	73	43	5	3					
D2	103	102	58	76	68	72	62	30	4	2	101	99	64	69	70	65	24	21	1	o	113	102	68	64	57
D3	108	107	79	77	69	65	45	31	3	2															
R	162	155	80	79	68	68	40	33	3	2	125	120	72	75	48	47	25	24	1	o					
MA	108	101	69	59	86	86	54	44	4	3															
L	120	110	75	65	80	70	23	22	1	o															
V	99	76	70	55	84	80	46	32	3	1	101	100	67	68	98	96	48	35	3	2	80	99	52	68	93
S	114	112	57	54	68	62	32	28	1	o															
N	130	123	68	63	68	60	48	43	3	2															
B	141	120	62	64	87	75	68	51	4	2															
AR	116	111	71	71	110	101	52	38	3	2															
D4	104	100	66	52	63	53	72	49	4	2															
R2	128	104	69	65	76	63	55	41	3	2															
L2	147	128	78	67	89	78	52	33	3	1															

Legenda

TA s 1.1	Tensão arterial sitólica, 1ª sessão início do relaxamento
TAs1.2	Tensão arterial sistólica , 1ª sessão final do relaxamento
TA d 1.1	Tensão arterial diastólica , 1ª sessão início do relaxamento
TA d 1.2	Tensão arterial diastólica , 1ª sessão final do relaxamento

FC 1.1	Frequência cardíaca , 1ª sessão início do relaxamento
FC 1.2	Frequência cardíaca , 1ª sessão final do relaxamento
STAIY1.1	Teste STAI Y , 1ª sessão início do relaxamento
STAI Y 1.2	Teste STAI Y , 1ª sessão final do relaxamento
EVA1.1	Escala de Validação analógica, 1ª sessão início do relaxamento
EVA 1.2	Escala de Validação analógica, 1ª sessão final do relaxamento

Anexo XIX – Sessão de movimento utilizada na CP II

Sessão de movimento – CP II

Colocados em círculo, de pé.

É explicado que iremos fazer alguns exercícios que promovem o relaxamento, incluindo alongamentos.

Comecem por alinhar a postura, os pés afastados à largura das ancas, manter as costas direitas. Sentir o contacto dos pés com o chão

Notar os ajustes que se têm de fazer para manter a postura.

Concentrar nos movimentos respiratórios, inspirar pelo nariz e expirar pela boca. Quando o ar entra a barriga aumenta quando o ar sai a barriga diminui.

Devem manter uma respiração lenta e suave ao longo da sessão de relaxamento.

Deslocar o peso do corpo para o pé direito, depois para o esquerdo, para a ponta dos pés, para os calcanhares e por fim fazer um círculo.

Reparar nos ajustes que tem de fazer para manter a postura. Relativamente ao início é mais fácil ou difícil.

Agora vamos retratar um dia da nossa vida.

De manhã acordamos e o que é que fazemos? Vamos todos espreguiçar

E a seguir o que é que se faz? Vamos tomar banho, comecem por fazer uma massagem na cabeça, na face, o pescoço, os braços, o tronco e as pernas

E agora o que temos de fazer? Secar, mas em vez de usar uma toalha vamos fazer como os cães fazer, vamos sacudir-nos

Quando nos penteamos olhamos para onde? Para o espelho, vamos fechar os olhos e imaginar o contorno do nosso rosto, o cabelo, as sobrancelhas, os olhos, a cor dos olhos, o nariz, as bochechas, os lábios e o queixo. Observem uma vez mais o vosso rosto. Este é o rosto da pessoa mais importante da vossa vida, digam "eu sou a pessoa mais importante da minha vida", "eu gosto muito de mim".

Agora vamos abrir os olhos, circular pela sala com um sorriso nos lábios, e cumprimentar os colegas com que nos vamos cruzando, sorrindo dizendo "bom dia" e o nosso nome "olá eu sou a Ana", por exemplo.

Vamos agora sentar-nos em círculo.

Aplicação da Escala **de Validação Analógica** relacionada com a ansiedade (EVA)

- Como é que se sentiram?
- O que gostaram mais na sessão?
- O que não gostaram?

**Anexo XX – Quadro resumo dos resultados obtidos com a EVA nas
sessões de movimento**

Avaliação de sessão de movimento/relaxamento dinâmico

<u>Doente</u>	<u>Valor EVA –antes</u>	<u>Valor EVA –depois</u>
L	3	2
ML	4	3
A	2	1
S	2	1
D	1	1
A	2	1
S	4	2
M	2	1
O	2	0

05/10/09

<u>Doente</u>	<u>Valor EVA –antes</u>	<u>Valor EVA –depois</u>
A	2	1
A	2	1
D	1	0
L	3	2
M	2	1
ML	3	2
S	3	2
Z	3	1

08/10/09

<u>Doente</u>	<u>Valor EVA –antes</u>	<u>Valor EVA –depois</u>
L	2	1
J	2	1
A	3	1
S	2	1
D	2	0
A	3	2
S	3	2
M	2	1
Z	2	1

10/10/09

Anexo XXI – Estudo de Caso



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

ESTUDO DE UMA SITUAÇÃO DE CUIDADOS

David Valsera Paniagua

Licenciado em Enfermagem
pela Escola Superior de Lisboa

Professora Orientadora: Enf. Alexandra Sarreira Santos

Lisboa, Outubro de 2010

“Ó Deus, concedei-me
Serenidade para aceitar as coisas
que não posso modificar,
Coragem para modificar aquelas que posso,
e Sabedoria para perceber a diferença.
Ámen.”

Oração da Serenidade

ÍNDICE

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	4
1. <u>HISTÓRIA DE VIDA E DOENÇA ACTUAL</u>	6
2. <u>SITUAÇÃO ACTUAL DE NECESSIDADE DE CUIDADOS</u>	11
2.1. IDENTIFICAÇÃO DOS FACTORES DE STRESS	12
<u>2.1.1. Stressores percebidos pelo utente</u>	13
<u>2.1.2. Stressores percebidos pelo prestador de cuidados</u>	13
2.2. RECURSOS IDENTIFICADOS	14
3. <u>PLANO DE CUIDADOS</u>	16
3.1. PROBLEMAS REAIS	16
3.2. PROBLEMAS POTENCIAIS	18
4. <u>CONCLUSÃO</u>	20
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	21
<u>ANEXOS</u>	23
Anexo I - Genograma	24
Anexo II – Ecomapa	25
Anexo III – Ficha Terapêutica	26

0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste presente estudo de caso, surge no âmbito do Modulo II, inserido no Curso de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O desenvolvimento deste estudo foi realizado no local onde desenvolvo a minha actividade profissional, na Unidade de Alcoologia de Lisboa (UA), inserida no Instituto da Droga e Toxicodependência. Este surge como um pedido informal da minha Orientadora no supracitado Módulo, considerando da minha parte que o mesmo seria mais uma possibilidade de aprendizagem.

Com a realização por minha iniciativa deste trabalho sobre uma situação de cuidados, pretendo experienciar uma situação inovadora junto da pessoa que vivência uma perturbação na área da Psiquiatria, nomeadamente junto da pessoa com a doença “Alcoolismo”, permitindo um maior desenvolvimento a nível profissional e pessoal.

Assim, os objectivos fundamentais deste estudo, são apresentar o cliente com o Síndrome de Dependência Alcoólica, no contexto da sua história de vida, bem como, no âmbito da sua situação actual de necessidade de cuidados, e o impacto que o Alcoolismo teve na sua vida. Para além disso, outro objectivo está associado aos diagnósticos de enfermagem identificados, assim como, as intervenções de enfermagem planeadas e desenvolvidas durante todo o processo de cuidados prestados.

Os motivos que me levaram à escolha deste cliente, estão associados ao facto de o ter acompanhado de forma mais próxima, desde o momento de admissão, até à sua alta clínica. De forma a levar a cabo a realização e desenvolvimento desta situação de cuidados, efectuei uma colheita de dados através de entrevistas semi-directivas, *Questões tiradas de um formulário estruturado e também grandes orientações abordadas de maneira informal*, (Phaneuf, 2005:253) e da consulta do seu processo clínico.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte relata a história de vida do utente que acompanhei, sendo que a segunda, reporta-se já à história da doença actual propriamente dita.

A terceira parte, composta pelo modelo teórico sobre o qual está assente este trabalho, é o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), pois proporciona uma compreensão mais adequada e facilitada do conhecimento de toda a situação global do cliente, do ponto de vista de Enfermagem.

Na quarta e última parte são formulados os diagnósticos de Enfermagem, segundo NANDA (2007-2008), baseando-me nas necessidades de cuidados por mim identificados, como também, as intervenções de Enfermagem implementadas de forma a atingir a satisfação dessas mesmas necessidades. Neste processo, foi sempre tido em atenção, a unicidade e singularidade do utente enquanto pessoa. Finalmente, efectuo uma avaliação dessas mesmas intervenções implementadas, no sentido de verificar se estas resolveram os problemas reais e potenciais identificados.

Durante o decorrer deste trabalho, o utente será sempre referido como senhor Rui Brito (nome fictício) de forma a manter a confidencialidade dos dados e privacidade do utente.

1. HISTÓRIA DE VIDA E DOENÇA ACTUAL

O Sr. Rui Brito é um senhor do sexo masculino, de raça caucasiana, nascido a 21 de Julho de 1950, (58 anos). É residente em Lisboa, e deu entrada na UA no dia 22 de Abril de 2009, às 9:30h, para ser internado com diagnóstico de síndrome de dependência alcoólica. Vinha à entrada acompanhado pela esposa e filha, tendo subido o genro Pedro que é o seu co-responsável, “Os homens nestas coisas são mais fortes” (SIC).

Apresentava-se consicente, calmo, orientado alo e autopsiquicamente. Mede 1,68 m e pesava 59,3 kg à entrada, apresentando pele e mucosas desidratadas. Com valor de Tensão Arterial Sistólica elevada e álcool - teste negativo.

O Sr. Rui apresenta uma idade real inferior à idade que aparenta. Usa óculos e vinha vestido com uma camisa, casaco de malha e calças de “bombasine”. Toda a roupa apresentava um aspecto puído pelo tempo. Trazia consigo uma mala de viagem de pequena dimensão, também puída e com pouca roupa (sem calças, uma camisa e três pijamas).

O Sr. Rui é acompanhado há 15 anos em consulta de ambulatório, mas este é o seu primeiro internamento para desabitação alcoólica. Este refere que o primeiro contacto com o álcool “foi ainda em bebé (...), os meus pais enrolavam uma fralda de pano em açúcar amarelo e vinho verde e davam-me para acalmar” (SIC). Refere também o consumo de “sopas de cavalo cansado (...) e davam mesmo força!” (SIC).

Hoje os seus consumos são efectuados em casa, trabalho e cafés, consumindo cerca de um litro ou litro e meio de vinho tinto e meio de whisky sempre que bebe café (3 a 4 whisky’s dia, totalizando 192gr de álcool diariamente). O último consumo de álcool foi durante o jantar na noite anterior.

Sendo natural do Minho, “mais propriamente de uma aldeia do Concelho Ponte da Barca” (SIC), Os pais do Sr. Rui trabalhavam numa fábrica que havia perto de casa, mas onde o salário não era muito elevado. “Tive uma vida muito muito complicada... muito pobre, com fome, pé descalço” (SIC). Contudo, afirma que apesar dessas dificuldades, “tive uma infância feliz”. Era uma criança bastante social, realizando várias actividades com os seus amigos, como jogar à bola.

Ambos os seus pais já faleceram, sendo que o Sr. Rui refere que o seu pai Mário era “alcoólico” (SIC) e que faleceu devido a cirrose hepática, sendo que seu avô paterno também “tinha problemas com o álcool” (SIC). A sua mãe Luísa “bebia mas não era

muito...”, tendo falecido com “problemas cardíacos” (SIC). O Sr. Rui é o irmão do meio, tendo assim uma irmã mais nova e outra mais velha.

Estudou até à 4ª classe, vindo após concluir a primária, sozinho para Lisboa “com uma malinha pequena” (SIC) para casa de uns tios que o foram buscar à “estação do comboio de Santa Apolónia” (SIC). Nessa época tinha 11 anos e os tios arranjaram um primeiro emprego numa mercearia na praça do Chile. Aos 13 anos mudou para os sapadores também para uma mercearia onde ganhava um pouco mais. Por volta dos 15 anos entrou para o ramo da hotelaria para trabalhar como recepcionista. “Naquele tempo era normal dividir a casa com outras pessoas que alugavam quartos, e onde os meus tios moravam havia uma senhor que me disse que arranjava um emprego num hotel... ele levou-me lá e o patrão disse que só me queria se eu cortasse o cabelo, ao que ele disse que isso não era problema... então levou-me ao barbeiro e no outro dia as 7:00 apresentei-me” (SIC). Nesse primeiro hotel ficou aí “até aos 17/18 anos” (SIC), mudando-se posteriormente para outro hotel “onde tive 27 anos” (SIC).

Contudo, aos 21 anos foi para a Guiné na altura do ultra-mar. “Quando tinha 21 anos fui para a guerra... tive no ultra-mar na Guiné desde 71 a 73” (SIC). Durante uma semana esteve internado no quartel por ter contraído Paludismo. O Sr. Rui refere ainda que considera que terá sido nesta fase que começou a ficar dependente de álcool, “sem conseguir parar de beber” (SIC). Nesta fase, também começou a consumir tabaco, consumo que permanece até hoje. Não refere o consumo ou dependência de outro tipo de substâncias psicoactivas.

Regressou com 23 anos para continuar a trabalhar nesse hotel, e por essa altura chegou a ter “3 namoradas ao mesmo tempo” (SIC), mas depois casou-se com a actual esposa “tinha de escolher uma e foi esta até hoje”.

Deste modo, é casado desde 1977 com a D. Ana Brito de 50 anos. Desse casamento, resultou o nascimento da filha Maria de 31 anos que está casada com o Sr. Pedro, também ele com 31 anos.

Aos 45 anos o Sr. Rui foi para o desemprego como consequência da redução de pessoal que o patrão estava a fazer, segundo este. Após um ano no fundo de desemprego, trabalhou numa perfumaria na Amadora 2 anos, mas “não era o meu ramo... precisava do inglês e francês...” (SIC). Posteriormente, mudou-se para o hotel onde trabalha até a actualidade.

Quanto a projectos para o futuro, o Sr. Rui afirma “A vida nova começa aqui, e agora tudo se junta... a reforma é daqui a 2 anos porque já tenho 46 anos de caixa, a prestação

da casa também acaba daqui a dois anos [sorri]... assim já posso ajudar mais a minha filha.”

O ecomapa e o genograma familiar que representam entre as relações entre o sistema do senhor Rui Brito, e o mundo exterior, enquadram-se descritas no Anexo II e III respectivamente.

É de referir que todas estas informações foram obtidas com o consentimento do cliente, e com base no seu direito à privacidade, através do anonimato em que todos os nomes referidos no presente estudo são nomes fictícios.

Os sintomas de uma perturbação mental são bastante distintas, compostos frequentemente por associações de ideias, emoções, comportamentos e relações anormais com outras pessoas, como é o caso da Síndrome de Dependência Alcoólica, que o Sr. Rui apresenta (WHO, 2002-2007).

De acordo com a American Psychiatric Association (2002), a característica fundamental do estado de dependência de substâncias é o conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos que a pessoa continua a utilizar a substância apesar dos problemas relacionados com o seu consumo. A actividade da pessoa é resultante de um conjunto de crenças, racionais e irracionais. As de origem irracional têm como origem o facto dos indivíduos procurarem algum tipo de justificação para os seus comportamentos, principalmente aqueles em que o objectivo não é claro, bem explícito e em que a aprovação social não existe. Estes comportamentos encontram-se associados a actividades de envolvam o risco, ou uma certa dose deste. Aqui encontra-se o consumo de álcool de forma excessiva (Ricou et al, 2005).

Este consumo de álcool expressa-se numa sequência de auto administração contínua que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo face ao consumo da substância.

A tolerância pode ser identificada pela necessidade de quantidades crescentes da substância para se atingir o efeito pretendido ou a intoxicação, ou pela diminuição marcada do efeito com a utilização da mesma quantidade de substância (American Psychiatric Association, 2002). Neeb (2000), define a tolerância como a capacidade de tolerar os efeitos da substância, ou a necessidade de maior quantidade para atingir esses mesmos efeitos.

A abstinência alcoólica é o período definido pela diminuição da concentração de substância a nível sanguíneo ou tecidual, numa pessoa que manteve um consumo

excessivo contínuo e prolongado de álcool. Manifesta-se através de uma modificação comportamental, de forma desadaptativa, em que coexistem factores fisiológicos e cognitivos. Inclui dois ou mais dos seguintes sintomas: hiperactividade autonómica; aumento do tremor das mãos; insónia; agitação psicomotora; ansiedade; náuseas ou vômitos; e, raramente, convulsões, alucinações visuais, tácteis ou auditivas transitórias. Estes sintomas podem causar sofrimento ou défices clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes. No caso do álcool, estes sintomas [desagradáveis (Neeb, 2000)], surgem 4 a 12h após a diminuição do consumo (American Psychiatric Association, 2002).

A dependência fisiológica de álcool é atribuída quando a dependência de substâncias é em simultâneo seguida de sinais evidentes de tolerância ou abstinência (American Psychiatric Association, 2002).

Neeb (2000), considera que as definições gerais de abuso de substâncias podem aplicar-se a qualquer tipo de substâncias. Assim, a dependência de substâncias como álcool é definida como um estado no qual a pessoa sente pelo menos três destes sintomas, durante um mês ou mais:

- Necessidade de consumir mais em intervalos mais frequentes;
- Grande dispêndio de tempo para adquirir/utilizar a substância;
- Desejo persistente de diminuir ou cessar a utilização da substância, frequentemente sem êxito;
- Desistência de obrigações a nível social/profissional importantes, para poder consumir;
- Interferência dos efeitos de consumo excessivo nos planos familiar/social/profissional;
- Desinteresse pelos problemas causados pelo consumo da substância;
- Procura de ausência dos sintomas de abstinência.

A American Psychiatric Association (2002) faz referência às características que permitem a distinção entre abuso e intoxicação por consumo de substâncias.

Deste modo, para se proceder ao diagnóstico relativamente ao uso prejudicial ou dependência, face ao consumo de álcool, é fundamental determinar o padrão de consumo que conduz a situações de risco (WHO, 2001).

Para a OMS, o alcoolismo é um termo de vários significados, geralmente usado para referir um consumo crónico, contínuo ou periódico de álcool. É caracterizado por uma

incapacidade de controlo sobre o seu consumo, frequentes episódios de intoxicação e preocupação constante com o álcool e o seu consumo, apesar das diversas consequências. O termo alcoólico designa a pessoa que sofre de alcoolismo. Os problemas relacionados com o álcool representam as consequências nocivas resultantes do consumo de álcool¹. Essas consequências afectam a pessoa que consome álcool assim como a família e comunidade em redor, podendo manifestar-se fisicamente, mentalmente ou socialmente (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Em virtude de ao realizar-se o Mini-Mental State – MMS, bem como o SADQ-C (Questionário da Severidade da Dependência Alcoólica), realizados ambos por mim, estes têm de constar no processo, não sendo por isso possível colocá-los neste trabalho em Anexo. O meu objectivo era tentar determinar qual o nível cognitivo em que se encontra o Sr. Rui, bem como, as suas capacidades aritméticas, de memória e orientação. Com o SADQ-C o objectivo era verificar o nível de dependência alcoólica, podendo este valor ser influenciado pelo possível estado de negação, ou não, em que se encontrava o Sr. Rui. Obtive o resultado de 29 pontos (máximo é 30) no MMS, correspondente ao nível de *11 ou mais anos de escolaridade*, tendo falhado 1 ponto na parte da evocação.

Em relação ao SADQ-C, este apresentou três semanas após o internamento, o resultado de 3 pontos, o que corresponde a uma Dependência Ligeira (menos de 16 pontos).

¹ http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html

2. SITUAÇÃO ACTUAL DE NECESSIDADE DE CUIDADOS

Conforme referido anteriormente, o Senhor Rui deu entrada na UA com diagnóstico de síndrome de dependência alcoólica, vindo acompanhado pelo genro Pedro, que é o seu co-responsável.

Apresentava-se consciente, calmo, orientado alo e autopsiquicamente. Mede 1,68 m e pesava 59,3 kg à entrada, apresentando pele e mucosas desidratadas. Com valor de Tensão Arterial 163/84mmHg e álcool - teste negativo.

O Sr. Rui apresenta uma idade real inferior à idade que aparenta. Usa óculos e vinha vestido com uma camisa, casaco de malha e calças de “bombasine”. Toda a roupa apresentava um aspecto puído pelo tempo, assim como, a mala de viagem de pequena dimensão, com pouca roupa.

Apresenta segundo o questionário da Mini Avaliação Nutricional um *score* total de 23 pontos, o que significa que poderá estar *em risco de desnutrição*. Não apresenta alterações ao nível da sua mobilidade (realizando as suas actividades de vida de forma independente).

Não apresentava qualquer tipo de alterações ao nível da coloração, temperatura e integridade cutânea, assim como, aparentemente, não apresenta alterações ao nível da respiração e do seu padrão de eliminação vesical e intestinal. Apresenta ainda uma acuidade auditiva mantida e uma visual diminuída, usando óculos para isso.

Apresenta uma actividade psicomotora calma, sempre com atitudes colaborantes quando solicitado, tal como, na realização de determinadas actividades.

Relativamente ao discurso e pensamento, apresenta um discurso lógico e coerente, sem delírios ou alucinações, referido pelo próprio.

Quanto aos afectos e ao humor apresentados, o utente apresenta afectos apropriados com humor eutimico, possuindo frequentemente uma fâcies alegre, sorrindo e comunicativo quando solicitado.

Em relação à avaliação do seu estado mental, obtive o resultado de 29 pontos no MMS (referido anteriormente), correspondente ao nível de *11 ou mais anos de escolaridade*.

Possui *Insight* para a sua doença, “...sou alcoólico, mas não sabia que o alcoolismo era uma doença” (SIC) Assim, por aquilo que foi referido, as suas capacidades de tomar decisões mantêm-se inalteradas.

O utente mantém interacção social com os restantes utentes dentro da unidade, participando nas actividades propostas.

Ao Sr. Rui Brito foi prescrito pela médica, Diazepam a reduzir em esquema lento (45 mg, a reduzir 5 mg por dia até parar), Multivitaminas (três vezes por dia), Tiamina (três vezes por dia) e Ácido Fólico (pequeno-almoço e jantar), até dia 29. Actualmente, a medicação que efectua é Multivitaminas e Ácido Fólico ao almoço, tendo sido introduzido Dissulfiram (Tetradin®) 125mg PO, após pequeno-almoço. Deste modo, no momento da alta a medicação que continuará a efectuar em casa, será o Dissulfiram. Em relação ao Dissulfiram, este poderá ser verificado de forma mais pormenorizada, no Anexo III.

Apesar de ter entrado praticamente sem tremores digitais, foi efectuado reforço da ingestão hídrica, para consumir cerca de 3L de água ou chá por dia.

2.1. IDENTIFICAÇÃO DOS FACTORES DE STRESS

Betty Neuman (1995) enfatiza que o modelo de sistemas considera que a pessoa é composto por distintas variáveis – fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento. Estas diferentes dimensões permanecem em constante interacção, realizando e promovendo trocas de energia com o meio ambiente. Assim, de acordo com este modelo, o cliente é encarado como um sistema aberto, em constante interacção com os diversos elementos que o circundam (Neuman, 1995).

Os sistemas permanecem organizados segundo uma ordem hierárquica, relacionando-se entre si. Como tal, cada elemento pertencente ao sistema influencia todos os outros, sem ocorrerem relações de causa-efeito.

Deste modo, ao aplicar-se o modelo de Neuman (1995) na enfermagem, o objectivo maior, será identificar e intervir sobre os factores que provocam a reacção do ser humano ao stress.

O enfermeiro irá actuar, centrando-se no indivíduo, famílias e grupos, promovendo o bem-estar e reduzir os factores de stress que possam interferir no bom funcionamento do cliente.

Para Neuman (1995):

- O conceito de pessoa é um conjunto dinâmico de inter-relações entre factores fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais, espirituais e de desenvolvimento

- O conceito de ambiente remete para forças internas e externas (podendo ser intra, inter e extrapessoais), que envolvem a pessoa, influenciando e sendo influenciadas por este em qualquer altura.
- Os stressores são factores ambientais, intra, inter e extra pessoais, que podem deteriorar a estabilidade do sistema. Cada stressor é um fenómeno capaz de penetrar nas linhas normais e flexíveis de defesa, (fronteira externa do cliente) causando resultados positivos ou negativos, dependendo da sua natureza, grau e oportunidade, assim como, do potencial individual de cada pessoa em alterar o stress para uma mudança positiva.

Assim sendo, durante toda a realização do processo de cuidados, foi necessário verificar qual a percepção que o senhor Rui tem da sua situação, como também, quais os factores de stress que influenciam do seu sistema.

2.1.1. Stressores percebidos pelo utente

INTRA-PESSOAIS

- Recursos pessoais desadequados

“... eu escondia as garrafas atrás da sanita (...) e só pensava em beber quando pudesse” (SIC).

INTER-PESSOAIS

- Relação familiar prejudicada

“...acho que a minha mulher também precisa de ajuda, está sempre a desconfiar de mim, diz que levo droga para casa e mexe nos meus bolsos à procura de drogas, quando eu nunca toquei nisso na vida” (SIC)

EXTRA-PESSOAIS

- Pequenas dívidas

“...pedia várias vezes dinheiro aos meus amigos e depois pedia dinheiro para pagar o outro empréstimo que tinha feito anteriormente, e assim sucessivamente (...)” (SIC).

2.1.2. Stressores percebidos pelo prestador de cuidados

Após as entrevistas com o Sr. Rui, e também após o contacto diário com ele,

permitiu-me identificar factores de *stress* do cliente.

INTRA-PESSOAIS

- Perda de Peso – “eu alimentava-me bem e sempre ouvi dizer que a cerveja engorda, que dá barriga, mas eu sempre fui assim magro” (SIC);

INTER-PESSOAIS

- Relação com os amigos do ultra-mar

“...eu até não bebo muito, mas quando estou com eles [antigos companheiros do ultra-mar] é a desgraça... vamos para o café beber umas cervejas e whisky para relembrar esses tempos” (SIC).

- Relação com a Trabalho

“...os meus colegas de trabalho já me escondiam as garrafas e o patrão ia fazendo que não via, até que agora me encostou à parede [ou ia reabilitar-se ou seria despedido]” (SIC);

- Relação com a mulher

“A minha mulher está sempre a controlar o que faço e a desconfiar de mim... agora até está a tirar os tacos [do chão] lá de casa porque pensa que estão a escutá-la” (SIC).

EXTRA-PESSOAIS

- Memórias do Ultra-mar

“... eu peço desculpa mas não consigo falar daqueles tempos da guerra, foi muito difícil ver os companheiros a morrer ao meu lado [começa a lacrimejar]” (SIC).

2.2. RECURSOS IDENTIFICADOS

Os recursos que o Sr. Rui apresenta estão inseridos nas linhas de resistência do seu sistema, e são activados quando este sistema é transposto pelos factores de stress, mantendo ou aumentando, o seu bem-estar, o seu estado de saúde. Estes factores mencionados, apresentam um carácter externo ou interno, sendo preponderantes para a manutenção da integridade e estabilidade do sistema do cliente.

A linha normal de defesa, assim como, a linha flexível, foram ultrapassadas pelos stressores anteriormente identificados, contribuindo para a diminuição do seu bem-estar e afectando a unidade central básica do Sr. Rui.

Um dos recursos internos identificados e adequado no senhor Rui Brito é o facto de apresentar *Insight*, como foi referido anteriormente, em relação ao facto de saber que apresenta uma doença primária e crónica que é o Alcoolismo, como tal, adere à terapêutica, funcionando até como um mecanismo de coping.

Relativamente aos recursos externos do senhor Rui, utilizados para a manutenção do equilíbrio e inviolabilidade do sistema, este apresenta a equipa de multidisciplinar da UA, que o acompanha em ambulatório à cerca de 15 anos e agora em internamento, onde o envolve nas várias actividades que estes desenvolvem com fins terapêuticos “...agora já chega, ‘tá na hora de levar isto para a frente” (SIC). Outros factores externos são as reuniões de Alcoólicos Anónimos em que o cliente participa “...gosto de lá ir e ouvir as histórias parecidas com as minhas” (SIC).

Para além disso, o utente apresenta uma ligação bastante forte com a filha e o respectivo genro, demonstrado pelo próprio facto de este ser o seu co-responsável “... agora para o futuro quero é começar a poder ajudá-los mais, e ver se me dão um netinho [risos]” (SIC)..

3. PLANO DE CUIDADOS

Com base na situação actual das necessidades de cuidados, referidos anteriormente, fica registado neste ponto 3, o plano de cuidados elaborado, com base nos diagnósticos de Enfermagem efectuados, resultantes dos problemas identificados, como também, as intervenções estruturadas e implementadas, tendo em vista a eliminação ou redução desses problemas.

Procedeu-se à respectiva avaliação dos cuidados prestados, de forma a verificar se os problemas foram eliminados, atenuados ou se persistem.

Assim, este plano de cuidados apresentado foi estabelecido durante todo o período de Ensino Clínico, com base nos diagnósticos e classificações de NANDA (2007-2008).

4.1. PROBLEMAS REAIS

- Deficit no AUTOCUIDADO para arrumar-se, sendo uma capacidade prejudicada de realizar ou completar actividades de arrumar-se por si mesmo, relacionado nesta situação por incapacidade de manter a aparência a um nível satisfatório, manifestado por uma motivação diminuída, não mudando de roupa diariamente e trazendo pouca roupa para o internamento.

Objectivo: Promover a autonomia no autocuidado do utente ao nível do arranjar-se e aprumar-se, de forma a mudar de roupa de forma regular.

Intervenções de Enfermagem:

- Explicar ao cliente a importância de realizar de forma completa a sua higiene pessoal;
- Explicar ao utente a necessidade de mudar de roupa diariamente;
- Explicar ao co-responsável as regras do internamento e a necessidade de trazer mais roupa para o período de internamento;

Avaliação: No dia do internamento, trazia uma camisa, três pijamas e não trazia camas. No momento de revista dos pertences, foi explicado a norma do internamento em relação à necessidade de cuidar-se da sua higiene pessoal e trocar de roupa diariamente. Foi solicitado ao familiar que no dia em que viesse visitar, trouxesse mais roupa consigo, levando a suja. Nos três primeiros dias, usou as

mesmas calças e a mesma camisa nos dois primeiros. Ao terceiro dia, os familiares na visita trouxeram nova roupa e no dia seguinte trocou de roupa. Até ao fim do internamento, o Sr. Rui apresenta um aspecto cuidado, cuidando da sua higiene pessoal diariamente e autonomamente, trocando diariamente de roupa.

- **ENFRENTAMENTO** ineficaz, sendo uma incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos stressores e escolha inadequada das respostas praticadas, relacionado com nível inadequado de percepção de controle, manifestando-se na dependência alcoólica.

Objectivos: que o Sr. Rui consiga identificar comportamentos e as consequências das estratégias ineficazes (como o consumo de álcool), usando estratégias eficazes, através das mudanças no estilo de vida.

Intervenções de Enfermagem:

- Esclarecer com o Sr. Rui a filosofia do Modelo Minnesota, onde está inserido;
- Validar a compreensão da sua situação actual e estratégias inadequadas, de forma promover uma auto mudança.
- Desenvolver com o Sr. Rui estratégias de enfrentamento adequadas de curto e médio/longo prazo, como a participação em actividades de relaxamento.
- Promover um espaço de escuta activa e expressão de sentimentos
- Promover a frequência do Sr. Rui em grupos de auto-ajuda.

Avaliação: No dia do acolhimento, o Sr. Rui verbalizou que estava ali para “aprender a beber” (SIC), tendo intenção de “voltar a beber pelo natal” (SIC). Referiu ainda que os motivos que o levavam a beber estavam relacionados com a relação que tinha com a mulher, “era muito controladora... até me tirou os cartões de crédito” e quando encontrava antigos colegas de ultra-mar “ quando estou com eles é a desgraça...” (SIC).

Estas informações foram transmitidas durante a passagem de turno e junto da equipa psicossocial de forma a promover a continuidade de cuidados.

No dia 3 de Maio, o Sr. Rui participou numa sessão de relaxamento onde referiu que os objectivos a curto prazo “era descontraír do stress” e a médio/longo prazo era que lá fora “nós podermos fazer isto para relaxar” (SIC).

No dia 5 de Maio, durante a terapia de grupo, cujo tema era a partilha de danos causados, o Sr. Rui referiu que os seus consumos de álcool provocaram o sentimento de desconfiança na sua esposa, o que a levou a retirar o seu cartão de crédito.

Durante a sua participação em grupos de auto-ajuda, este revelou que não partilhava em todas, mas que o “gostava de fazer” (SIC), identificando-se com os participantes. No fim da terceira semana de internamento, referiu que tinha como objectivos lá fora ajudar os filhos, não voltar a beber “o tetradin é uma grande ajuda” (SIC) e voltar para o emprego.

3.2. PROBLEMAS POTENCIAIS

- NUTRIÇÃO desequilibrada: menos que as necessidades corporais, sendo uma ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas, manifestado pela falta de interesse na comida, com ingestão pobre de alimentos e consequências do álcool a nível digestivo, manifestado por peso corporal abaixo do ideal.

Objectivo: que o Sr. Rui aumente de peso adequadamente, adquirindo hábitos de alimentação saudável.

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliação do peso do Sr. Rui todas as terças-feiras.
- Avaliar a alimentação do cliente.
- Analisar as necessidades de educação para a saúde do Sr. Rui sobre a alimentação, validando as mesmas.

Avaliação:

No dia de internamento, conforme descrito em notas de campo, foi aplicado o questionário de Mini avaliação Nutricional, em que o resultado obtido foi 23 pontos, podendo assim estar em risco de desnutrição. Ao medir 1,68m e dando entrada com o peso de 59,3Kg, apresenta um aspecto emagrecido e um IMC de 21 kg/m². Durante o momento da hora do almoço no próprio dia, alimentou-se da totalidade da sopa, tendo

deixado no prato parte do peixe assado e pouca batata, sem sobremesa, referindo que já “estava cheio” (SIC).

Assistiu a duas sessões de educação para a saúde sobre nutrição e alimentação relacionadas com o Alcoolismo, tendo também participado de forma activa na sessão de grupos de foco sobre a mesma temática.

No fim do internamento, alimentava-se da totalidade da dieta normal que era fornecida diariamente.

No último controlo de peso avaliado, este apresentava 61Kg. Deste modo, o seu IMC correspondia a 21,6 kg/m²). 2,8224

5. CONCLUSÃO

Com a elaboração e desenvolvimento deste estudo de uma situação de cuidados vivenciada durante a realização do Modulo II, mas no meu contexto laboral, proporcionou-me mais um momento de aprendizagem, que me possibilitou adquirir, desenvolver e consolidar competências relativamente à pessoa com a doença de Alcoolismo, em relação às limitações e dificuldades que inflige para o cliente e para os que o rodeiam.

Em relação à metodologia utilizada, foi usado o quadro conceptual de Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), de forma a fundamentar e estabelecer quais os problemas identificados, os stressores, assim como, as definições e classificações da NANDA (2007-2008), relativamente aos diagnósticos.

Assim, foi possível a identificação de stressores intrapessoais, através do que é experienciado e vivenciado pelo utente, bem como, por mim, através da avaliação realizada. Desta forma, foram levantados quais os recursos internos e externos do senhor Rui de modo a resolver os problemas identificados. Estes dados são relevantes, no sentido em que permitem abordar o cliente nas suas várias dimensões, considerando-o verdadeiramente como um ser bio-psico-socio-cultural e espiritual.

Deste modo, considero que os meus objectivos pessoais e profissionais previamente elaborados foram atingidos, continuando a construção de competências enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

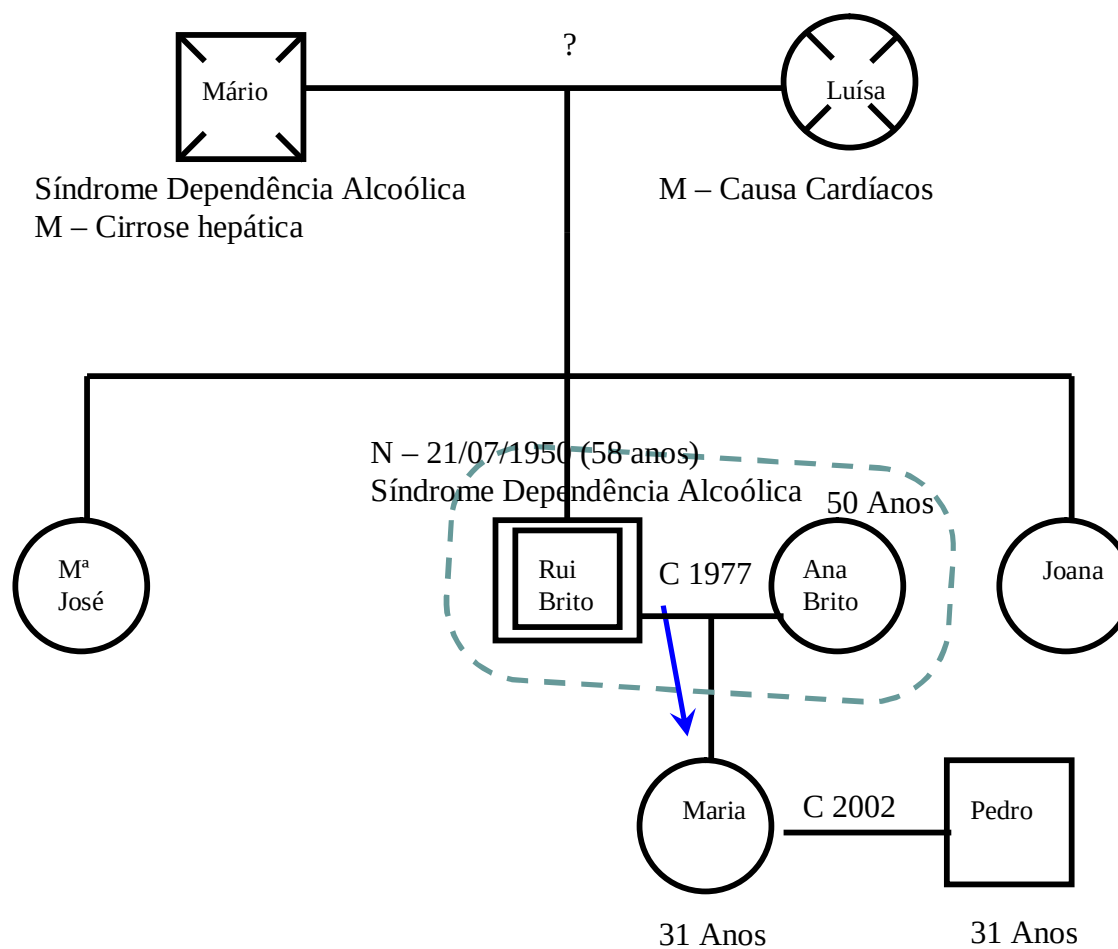
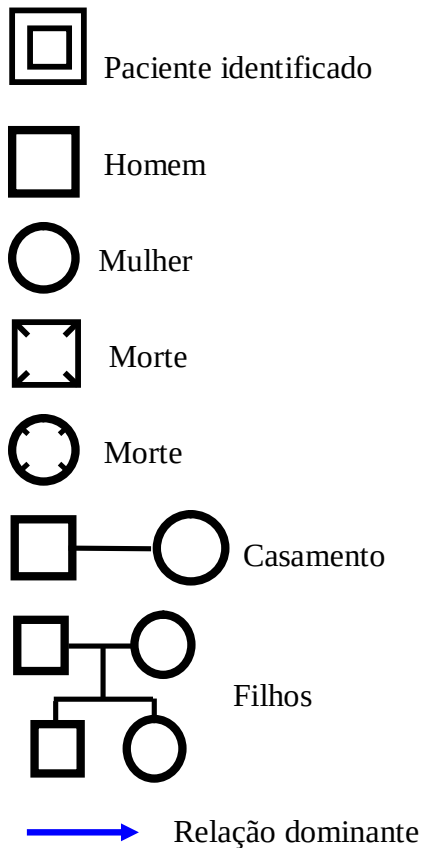
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANJO, C. Lima – **The Neuman Systems Model**. Texto de Apoio ao Seminário III da Unidade Curricular do Adulto e ao Idoso II – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM-IV-TR : manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. 4ªed. Lisboa: Climepsi ed., 2002.
- ASSOCIATION, North American Nursing Diagnosis – **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DEGLIN, Judith Hopfer; VALLERAND, April Hazard – **Guia Farmacológico Para Enfermeiros**. 7ª Ed. Loures: Lusociência, 2003.
- Documento de orientação para a elaboração do Genograma e Ecomapa.
- INFARMED - **Índice® Nacional Terapêutico**. Ano XXIX Nº102 – Edição de Mesa – Verão/Outono 2007.
- MELLO, Maria Lucília Mercês; BARRIAS, José; BREDAS, João – **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: direcção-geral de saúde, 2001;
- MORATO, Pedro Parrot; *et al.* – A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental; *In: Integrar*. Nº9 (Dez./Jan./Fev./Mar. 1996), p.5-14.
- NEEB, Kathy - **Fundamentos de enfermagem de saúde mental**. Loures: Lusociência, 2000.

- NEUMAN, Betty - **The neuman systems model**. Norwalk: Apleton and Lange, 1995.
- NEUMAN, Betty - **The neuman systems model : application to nursing education and practice**. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1982.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care**.
Genéva, 2001. p.1-52. Acedido em http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf a 2008/11/15.
- ORGANIZATION, World Health - **Relatório mundial da saúde : saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. – 2007.
- PHANEUF, Margarot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lusociência: Loures, 2005.
- RICOU, Miguel et al – **A comunicação e a alteração de comportamentos**. *In: Psicologia, Saúde e Doenças*. Lisboa. ISSN: 1645-0086. Vol. 5 Nº 2 (Novembro 2004). p. 131-144. Acedido em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862004000200001&script=sci_arttext a 2008/11/11.
- Http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html
acedido em 2009/01/05.

Anexo I – Genograma

Legenda



Legenda:



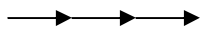
Ligação forte



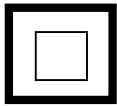
Ligação “ténue/fraca”



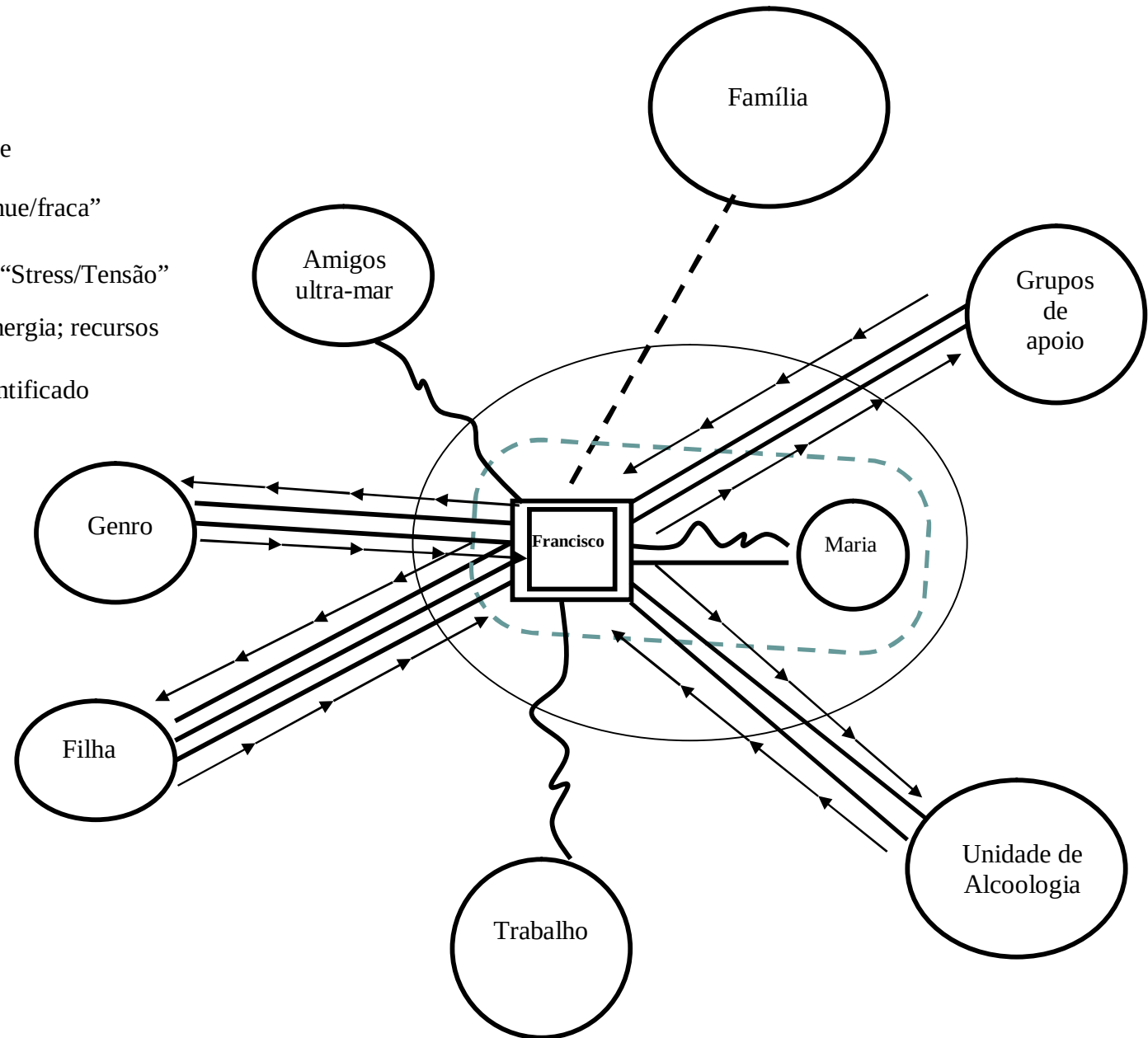
Ligação de “Stress/Tensão”



Fluxos de energia; recursos



Paciente identificado



FICHA TERAPÊUTICA

Pequeno-Almoço: Dissulfiram 125mg que corresponde a ¼ de comprimido;

ü Dissulfiram (Tetradin®)

Classificação: Dissuador do abuso do álcool.

Indicações: Prevenção do consumo abusivo de álcool em utentes predispostos e tratamento do alcoolismo crónico

Acção: O Tetradin inibe a acção da enzima hepática aldeído desidrogenase (ALDH) acumulando acetaldeído no organismo.

Contra-Indicações: Afecções cardio-vasculares, insuficiências hepáticas graves (nomeadamente a provocada por hepatite infecciosa) e insuficiências renais avançadas. Está contra-indicado o seu uso em doentes diabéticos e em doentes com passado de epilepsia ou que apresentem alterações neuropsiquiátricas marcadas.

Modo e via de administração: Os comprimidos destinam-se a ser administrados oralmente, com o auxílio de uma bebida isenta de álcool. Para o tratamento do alcoolismo crónico, convém que a dose diária seja administrada pela manhã, quando é mais fácil a adesão ao tratamento por parte do utente.

Interacções: Com a ingestão ou manuseamento de álcool, poderá ocorrer

- Dispneia (pouco frequente);
- Rubor na face e tronco superior;
- Cefaleia pulsátil;
- Taquicardia e Palpitações;
- Náuseas ou Vómitos;

- Mal estar geral;
- Hipotensão;
- Sudorese Intensa;

Implicações para a enfermagem: Realização de ensinios ao utente e familias sobre o Tetradin, nomeadamente a sua importância enquanto auxiliador no processo de recuperação, nas consequências do contacto com a ingestão de álcool e nos cuidados a ter com:

- Bombons com álcool
- Cerveja sem álcool
- Comida cozinhada com álcool
- Vinagre nos alimentos
- Pickles, maionese e mostarda.
- Uso de after-shave, perfumes ou tónicos que contenham álcool.
- Não deve pôr álcool na pele ou cheirar directamente.
- Evitar xarope ou elixir com álcool (desinfectantes bucais).
- Evitar o contacto com brometo de etilo ou o seu vapor (usado em fumigações, colas e tintas).
- Evite o excesso de alimentos ricos em nitritos (produtos de fumeiro).
- Cuidado com anestésias, algumas contem álcool

Andando sempre com o documento que o identifica como estando a tomar determinadas dose de Tetradin, alertando sempre os profissionais de saúde a que recorre.

Realizado conforme descrito na bibliografia, com base no Guia Farmacológico para Enfermeiros e no Índice Nacional Terapêutico.

Ü Ácido Fólico – Vitamina hidrossolúvel

Indicações:

- Situações que incluem neuralgias do trigémeo, esclerose múltipla, neuropatias
- Anorexia, astenia, estado hipnótico e no pós-operatorio
- Prevenção e tratamento de anemias megaloblásticas e macrocíticas

Contra-indicações e preocupações

- Alergia às cobalaminas (vitamina B 12)
- Tremores malignos (rápido desenvolvimento células – multiplicação elevada)

Reacções adversas

- Erupções
- Febre

Implicação para a Enfermagem

- Avaliar os sinais de anemia megaloblástica (fadiga, dispneia, fraqueza); encorajar o doente a cumprir o regime alimentar recomendado pelo profissional de saúde
- Referir que os alimentos ricos em ácido fólico incluem os vegetais, a fruta e as vísceras e que o calor destrói o ácido fólico dos alimentos
- Explicar que o ácido fólico pode tornar a urina mais amarela.

Ü Multivitaminas – Vitaminas e Sais Minerais**Indicações:**

- Astenia e anorexia
- Como complemento de antibioterapia
- Estado de convalescença
- Esgotamento, excesso de trabalho físico e mental, depressão
- Estados anémicos, neuropatias
- Intoxicações
- Perda de peso, complemento nutritivo

Contra-indicações e Preocupações

- Hipersensibilidade

Reacções adversas

- Não são conhecidas

Implicações para a Enfermagem

- Ensinar ao utente a importância de uma alimentação equilibrada variada

Ü Tiamina (Trifosfanaurina)

Indicações:

- No tratamento e prevenção das deficiências em vitamina B1, em situações raras de doenças metabólicas congénitas. Por via parentérica é recomendada em situações de coma de etiologia desconhecida, bem como na intoxicação alcoólica ou no síndrome de privação. Usada nalgumas formas de nevrites e nevralgias.

Reacções adversas:

- Raramente ocorrem após administração oral. Por via parentérica podem surgir reacções de hipersensibilidade de grau ligeiro a moderado e, ocasionalmente, choque anafiláctico.

Contra-indicações e precauções:

- História de alergia às preparações contendo tiamina.

Interacções:

- Não descritas.

Implicações para a Enfermagem:

- Monitorizar os sinais e sintomas de deficiência em tiamina (anorexia, distúrbios GI, irritabilidade, palpitações, taquicardia, edemas, parestesias, dor e fraqueza muscular, depressão, perda de memória, confusão, psicose, distúrbios visuais)

Ü Gabapentina

Indicações:

Como terapêutica adjuvante no tratamento das crises parciais com ou sem generalização em adultos. Dor neuropática.

Reacções adversas:

- Sonolência; fadiga; tonturas; ataxia; nistagmo, rinite, diplopia, ambliopia e tremor.

Contra-indicações e precauções:

- Em doentes com IR.

Interacções:

- Os antiácidos e a [cimetidina](#) interferem com a gabapentina; a gabapentina interfere com os anticoncepcionais orais.

Fonte: Deglin, Hopfer J. **Guia Farmacológico para Enfermeiros**. Lusociência:Lisboa, 2007. **ISBN:** 9728383479.