



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Carla Sofia da Silva Figueiredo

(PORTO, Abril de 2012)



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Carla Sofia da Silva Figueiredo

Sob orientação de Professora Emília Preciosa Carvalho

(PORTO, Abril de 2012)

“Quando se viaja em direcção a um objectivo é muito importante prestar atenção ao Caminho. O Caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar e enriquece-nos, enquanto o cruzamos.”

Paulo Coelho in ‘O Diário de um Mago’

RESUMO

O presente relatório traduz o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do Estágio, inserido no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria. Através da enumeração dos objetivos delineados e das atividades implementadas para a sua concretização, são apresentadas as competências adquiridas no âmbito da especialização supracitada. O desenvolvimento do Estágio ocorreu em três momentos:

Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta, onde pude comprovar os inúmeros ganhos de que a população pode usufruir com a intervenção específica do enfermeiro especialista em saúde mental na área da prevenção da doença e promoção da saúde mental. Ao participar no Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso”, pude desenvolver competências relacionais, comunicacionais e na área da visita domiciliária bem como competências específicas no âmbito da intervenção psicoterapêutica, concretamente, na técnica de reestruturação cognitiva.

Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos - Serviço C, Unidade C4 do Hospital Magalhães Lemos, EPE, onde pude adquirir e desenvolver conhecimentos e competências específicas, concretamente ao nível da avaliação do doente psiquiátrico, da caracterização das suas necessidades específicas e do desenvolvimento da prestação de cuidados, de natureza individual e de grupo, ao doente psiquiátrico em situação de agudização da sua patologia.

Módulo III – Opcional – Unidade de Desabilitação do Norte, onde me foi possível adquirir competências específicas na prestação de cuidados ao utente com dependência de substâncias psicoativas, especificamente, acerca da técnica de modificação comportamental e da abordagem motivacional do utente no processo de mudança de comportamento inerente à prevenção de recaída.

Este relatório pretende descrever, de forma crítica e reflexiva o percurso efetuado ao longo de todo o Estágio, salientando os momentos que me parecem melhor espelharem

a imensidão de experiências que me permitiram a aquisição de competências específicas como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

ABSTRACT

This report reflects the learning process developed over the internship set in the context of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Mental Health and Psychiatry. By listing the goals outlined and the activities implemented to achieve them, are presented the skills acquired through the above specialization. The stage was developed in three stages:

Module I – Promotion of healthy lifestyles, diagnosis and prevention – in Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta, where I could prove the many gains that people can enjoy with the specific intervention of the nurse specialist in mental health in the prevention of disease and promotion of mental health. By participating in the project “Promotion of Mental Health in the Elderly”, I could develop relational and communication skills, in the area of domiciliary visits as well as specific skills within the psychotherapeutic intervention, specifically, the technique of cognitive restructuring.

Module II - Developing skills in units of crisis intervention for adults – in Service C, Unidade C4 do Hospital Magalhães Lemos, EPE where I could acquire and develop specific knowledge and skills, specifically in the evaluation of the psychiatric patient, the characterization of their specific needs and development of individual and group care of the psychiatric patient in a situation of worsening of their disease.

Module III - Optional – in Unidade de Desabilitação do Norte where I could acquire specific skills in providing care to the patient with psychoactive substances dependence, specifically, about the technique of behavior modification and motivational approach of the user in the process of change inherent in relapse prevention.

This report aims to describe, critically and reflectively, the course made throughout the stage, highlighting the best moments that seem to mirror the immensity of experience that allowed me to acquire specific skills as a nurse specialist in mental health and psychiatry.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos,

pela compreensão nos momentos tão frequentemente ausente

À Professora Emília Preciosa Carvalho,

pela sua sempre total disponibilidade e palavras encorajadoras

Aos Senhores Enfermeiros Orientadores,

pelo incondicional apoio ao longo deste trajeto

Aos utentes e cuidadores informais

sem os quais este trabalho e percurso não teriam sido possíveis

LISTA DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System (Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos)

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

EPE – Entidades Públicas Empresariais

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

MEESMP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MMSE - Mini-Mental State Examination

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

UCCSMI – Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDN – Unidade de Desabilitação do Norte

Nº - número

2ª – Segunda

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	15
1 – ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO.....	19
2 – OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO.....	23
3 – ATIVIDADES DE MAIOR RELEVÂNCIA REALIZADAS NO ESTÁGIO.....	31
4 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS.....	43
5 - CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

ANEXOS

ANEXO I - Projeto de Estágio	57
ANEXO II - Caracterização dos Módulos de Estágio	79
ANEXO III - Registo das Visitas Domiciliárias	101
ANEXO IV - Registo das sessões de Técnica de Reestruturação Cognitiva	105
ANEXO V – Estudo de Caso (Módulo I)	111
ANEXO VI - Registo das Dinâmicas de Grupo	185
ANEXO VII - Estudo de Caso (Módulo III)	193
ANEXO VIII - Registo das sessões de Técnica de Modificação Comportamental ...	281

0 - INTRODUÇÃO

Este relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica (MEESMP), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e reporta-se ao período de Estágio compreendido entre 27 de Abril de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012, tendo decorrido em três Módulos:

Módulo I – de 27/04/2011 a 25/06/2011 – Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta (UCCSMI).

Módulo II – 03/10/2011 a 26/11/2011 – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos que decorreu no Serviço C, Unidade C4 do Hospital Magalhães Lemos, EPE.

Módulo III – 28/11/2011 a 04/02/2012 – Módulo Opcional que decorreu na Unidade de Desabilitação do Norte (UDN).

Sendo que, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República 2ª Serie – nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, “... *o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais*”, foi meu objetivo ao frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, aprofundar e desenvolver competências previamente adquiridas em contexto de formação de base e de experiência profissional e adquirir novas competências mais direcionadas para a área específica da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). O mesmo Regulamento defende que o enfermeiro especialista é aquele que possui “... *conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitam ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção*”.

Através da constante procura de um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos na área da Enfermagem de SMP, procurei alcançar o que atualmente está definido no referido Regulamento “... *desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial*”.

O meu trajeto ao longo dos três Módulos de Estágio foi sempre no sentido do desenvolvimento de competências que me permitissem atuar como o definido para o que se espera do Enfermeiro Especialista em SMP “... *para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução*”.

Neste seguimento, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, neste relatório serão apresentadas as competências / conhecimentos adquiridos e desenvolvidos, focando as atividades realizadas como forma de concretização dos objetivos que constam nos Plano de Estudos do Curso de MEESMP e também daqueles por mim delineados. Para permitir uma mais fácil consulta deste trabalho, explicita-se a forma como este se encontra esquematizado:

- Enquadramento do Estágio – na qual abordo o Projeto de Estágio, efetuo uma breve caracterização dos campos de Estágio e faço uma pequena abordagem a cada Módulo;
- Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio - na qual enuncio os objetivos delineados bem como as atividades realizadas para os concretizar;
- Atividades relevantes realizadas no Estágio - na qual destaco algumas atividades às quais atribuo especial importância e que julgo terem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento de competências específicas na área da enfermagem de SMP;
- Competências desenvolvidas e adquiridas – na qual descrevo as competências desenvolvidas / adquiridas ao longo do Estágio.

Com a realização deste relatório, pretendo que este seja capaz de corresponder aos seguintes objetivos:

- Caracterizar e analisar o Estágio efetuado, de forma auto-crítica;
- Realizar uma análise crítica e reflexiva acerca dos objetivos e atividades desenvolvidas, bem como da pertinência dos mesmos;
- Enunciar, criticamente, as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos três Módulos de Estágio.

Este trabalho foi elaborado tendo em conta o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e que entrou em vigor no sistema educativo português no ano letivo de 2011/2012.

1 - ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

Numa etapa prévia ao início do desenvolvimento do Estágio, foi essencial a construção de um instrumento que possibilitasse delinear quais os objetivos que se pretendiam atingir ao longo do mesmo, bem como servir como linha orientadora e facilitadora de um processo de constante crescimento pessoal. Este instrumento denomina-se Projeto de Estágio, tendo sido construído com base em pesquisa bibliográfica, recorrendo a uma metodologia descritiva e dando resposta às orientações do Guia de Estágio do Curso de MEESMP. Segundo Fortin (1999), Projeto é *“(...) uma etapa preliminar (...) no decurso da qual é necessário estabelecer os limites do objetivo do trabalho e precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo(...)”*.

Através da sua realização, pretendi orientar o meu percurso ao longo dos três Módulos de Estágio, facilitando-me o delinear de objetivos gerais e específicos que me propus alcançar, bem como as atividades desenvolvidas em cada Módulo para os atingir e para adquirir um maior nível de competência pessoal e profissional, concretamente, como Enfermeira Especialista de SMP. Nele, são também enumerados os diferentes campos de estágio selecionados bem como abordada a justificação da escolha das diferentes Instituições e Serviços.

Tendo em conta o exigido pela Instituição de Ensino, o Projeto inicial foi elaborado abrangendo os três Módulos de Estágio e entregue antes do início do mesmo. Por este motivo, o Projeto aqui apresentado em anexo foi reformulado no que concerne aos objetivos específicos para cada Módulo, de acordo com as realidades com que me deparei, uma vez que me apercebi que alguns objetivos seriam muito difíceis de serem alcançados (pelo que tiveram que ser eliminados) e outros houve que apenas foram passíveis de serem delineados após conhecer os serviços in loco. (anexo I)

De acordo com o Plano de estudos do 4º Curso de MEESMP, o Estágio foi composto por 750 horas de trabalho (correspondendo a 30 ECTS), das quais 540 horas foram de

contacto, tendo sido as restantes 210 horas para trabalho individual. Foi dividido por três Módulos – I, II, III, cada um correspondendo a 180 horas de contacto e 10 ECTS. A escolha do local de realização de cada Módulo teve em conta as minhas preferências, a localização geográfica próxima ao local de trabalho bem como as opções propostas pela Equipa de Coordenação do Curso. Efetuar uma média de três a quatro turnos por semana, foi a estratégia utilizada por forma a conseguir totalizar as horas de estágio preconizadas. O horário de estágio por mim efetuado foi o resultado da articulação possível entre o horário exercido nos diversos serviços, o horário praticado pelo(a) respetivo(a) tutor(a) e o meu horário laboral. O Estágio foi tutelado por um(a) Enfermeiro(a) Especialista, enfermeiro (a) tutor(a) pertencente a cada serviço e ainda por uma Professora Orientadora pertencente ao ICS da UCP Porto. Neste seguimento, o meu Estágio decorreu da seguinte forma:

- Primeiro Período – 27/04/2011 a 25/06/ 2011 - Módulo I – Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta;
- Segundo Período – 03/10/2011 a 26/11/2011 – Módulo II - Serviço de Agudos C, Unidade C4 do Hospital Magalhães de Lemos;
- Terceiro Período – 28/11/2011 a 04/02/2012 – Módulo III - Unidade de Desabilitação do Norte.

Tendo em conta a minha perspetiva de uma gradual aquisição de competências no âmbito desta Especialidade, julgo que, concretizar o Estágio com esta sequência de Módulos e nos locais selecionados foi de encontro às minhas preferências, facilitando-me a integração nesta realidade tão nova para mim e o atingir dos objetivos por mim delineados. A caracterização mais pormenorizada dos Módulos de Estágio referidos encontra-se em anexo a este trabalho (anexo II). Assim sendo, no Módulo I foi contemplada a Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção e a minha escolha do local deveu-se ao facto de, encontrando-me eu a prestar funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, esta escolha poderia permitir-me um melhor conhecimento acerca da articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares, na área concreta da Saúde Mental. Numa perspetiva a médio-longo prazo, gostaria de vir a desempenhar funções como enfermeira em contexto

comunitário, uma vez que me interesse particularmente pela área da Promoção da Saúde Mental e Prevenção da Doença Mental. O facto de ter tido conhecimento, embora não aprofundado, dos Projetos que estavam aí a ser desenvolvidos (Promoção da Saúde Mental no Idoso; Promoção da Saúde Mental no Cuidador Informal; Promoção da Saúde Mental na área de abrangência da UCCSMI), contribuiu em grande parte para esta minha escolha.

No Módulo II pretendia-se o Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos, onde procurei aprofundar conhecimentos aprendidos nas aulas e ter uma noção dos cuidados e acompanhamento realizados ao doente psiquiátrico em crise. Os factos de pertencer à área geográfica da minha prestação de funções e de durante o meu curso de Licenciatura em Enfermagem, ter efetuado parte do ensino clínico no serviço de Matosinhos, vieram contribuir para esta escolha. No entanto e, dada a reestruturação ocorrida no Hospital Magalhães de Lemos, o serviço em causa deixou de existir com essa nomenclatura. Por esta razão, solicitei estagiar num serviço que recebesse doentes provenientes da área geográfica de Matosinhos, tendo-me sido proposto o serviço C, Unidade C4.

O Módulo III sendo o Módulo Opcional foi realizado na Unidade de Desabilitação do Norte, Matosinhos. Trabalhando eu num serviço de internamento de Medicina e lidando com alguma frequência com doentes com problemas relacionados com a dependência de substâncias psicoativas, considerei ser de grande interesse desenvolver conhecimentos e competências nesta área por forma a permitir-me uma atuação mais direcionada e eficaz. A localização próxima do local onde trabalho e a sugestão da equipa de Coordenação do Curso foram também fatores tomados em consideração.

2 - OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

No seguimento do referido anteriormente, pretendo agora enunciar os objetivos delineados bem como as atividades por mim realizadas para os atingir. Através da concretização destes objetivos penso ter desenvolvido e adquirido competências que me permitam uma adequada intervenção como Enfermeira Especialista que, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República 2ª Serie – nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, se define como “... o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. No mesmo Regulamento consta ainda que, independentemente da área de especialização, o âmbito de intervenção do Enfermeiro Especialista “... envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem”.

Assim sendo, seguidamente faço referência a alguns dos objetivos gerais definidos no Plano de Estudos do Curso de MEESMP, em particular aos que selecionei para o meu Estágio, bem como aos objetivos específicos (incluindo os transversais aos três Módulos e específicos para cada Módulo) por mim delineados.

Objetivos gerais e atividades realizadas para os concretizar:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional, de vida e formação pós-graduada, sendo capaz de comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica sempre que esta se evidenciou necessária; através da aplicação de conhecimentos adquiridos durante o curso de licenciatura em enfermagem e de formação pós-graduada; através do emprego de uma comunicação eficaz recorrendo a uma linguagem técnico-científica para enfermeiros e uma linguagem acessível para o público em geral; através da realização de sessões informais de educação para a saúde ao doente e / ou família, sempre que se considerou pertinente; através da realização de reflexões críticas quinzenais e de um portfólio das atividades desenvolvidas durante a prática clínica.

- Manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas identificados

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica sempre que se considerou pertinente; através da demonstração de recetividade para aprender temas e assuntos novos; através da utilização de uma comunicação refletida e estruturada tanto com a equipa multidisciplinar como com o doente / família; através da elaboração escrita de reflexões críticas quinzenalmente; da realização de um portfólio das atividades desenvolvidas durante o estágio promovendo a reflexão e desenvolvimento do espírito crítico; através da promoção de momentos de reflexão e troca de experiências entre os elementos do serviço.

- Conhecer a estrutura física, funcionamento e organização de cada serviço

Este objetivo foi concretizado através de entrevistas informais com o enfermeiro(a) tutor(a) do estágio e restantes enfermeiros do serviço; através da consulta de protocolos, normas, documentos e regulamentos referentes ao serviço; através da observação participada das atividades desenvolvidas em cada serviço e da identificação dos recursos materiais e humanos de cada um deles.

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente com patologia do foro mental e psiquiátrico, demonstrando capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Este objetivo foi concretizado através da identificação do método de trabalho da equipa de enfermagem; através da promoção das boas relações interpessoais e de uma comunicação eficaz com a equipa interdisciplinar; através da aplicação do processo de Enfermagem, recorrendo à reformulação do planeamento de cuidados sempre que a situação de saúde do doente o tenha exigido; através do estabelecimento de prioridades nos cuidados ao doente; através da participação na prestação de cuidados de Enfermagem, de forma adequada e integrada dentro da equipa interdisciplinar.

- Participar e promover a investigação em serviço na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica sempre que esta se mostrou pertinente; através da colaboração ativa na realização de trabalhos de investigação e / ou projetos em curso, especificamente o Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso” tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados; através da partilha de informação útil para o desenvolvimento dos trabalhos e projetos em curso.

– Planear a elaboração do relatório final

Este objetivo foi concretizado através da elaboração de reflexões críticas quinzenalmente, com a finalidade de registar conhecimentos apreendidos, dificuldades encontradas e competências adquiridas; através da elaboração dos portfólios.

Objectivos Específicos e atividades realizadas para os concretizar:

– Identificar situações imprevistas e complexas, mobilizando os saberes adquiridos durante o percurso profissional e a formação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (transversal aos três Módulos)

Este objetivo foi concretizado através da aquisição de conhecimentos e habilidades para a mobilização em contexto da prática profissional, aos três níveis da prevenção ao indivíduo, família e comunidade; através da utilização de uma prática de enfermagem especializada na área de saúde mental e psiquiátrica ao indivíduo, família e comunidade; através da implementação de intervenções de enfermagem para a resolução de problemas identificados na área da saúde mental e psiquiátrica e avaliação da sua eficácia; através da promoção de momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados prestados e / ou observados, individualmente e também através da partilha com o(a) enfermeiro(a) tutor(a).

– Identificar as necessidades específicas do doente, visando a qualidade dos cuidados de Enfermagem, satisfação do doente e minimizar o impacto negativo da doença mental (transversal aos três Módulos)

Este objetivo foi concretizado através da pesquisa bibliográfica; da realização de entrevistas informais com a equipa multidisciplinar; através da caracterização das necessidades dos utentes; recorrendo à realização de intervenções planeadas, não planeadas e psicoterapêuticas adequadas.

- Identificar as necessidades específicas da população abrangida pelo Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso”, que decorreu na UCCSMI aquando do Módulo I (anexo II)

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica sempre que esta se considerou necessária; através da caracterização da população abrangida pelo referido projeto; recorrendo à observação participada das atividades desenvolvidas pela equipa; através da realização de visitas domiciliárias; através da realização de entrevistas informais com a equipa e de entrevistas com a população abrangida pelo projeto supracitado.

– Desenvolver competências na prestação de cuidados aos utentes abrangidos pelo Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso”, estabelecendo uma relação

terapêutica com o doente e família e proporcionando intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde mental e psiquiátrica

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica sempre que se mostrou pertinente; através da realização de entrevistas informais com a equipa multidisciplinar; através da caracterização das necessidades dos utentes abrangidos pelo respetivo Projeto (anexo II); através do desenvolvimento e aplicação de conhecimentos sobre técnicas de comunicação com o doente e família; através da promoção do envolvimento da família e doente, como intervenientes ativos na relação; através da realização de ensinamentos e outras intervenções de enfermagem, no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental; através da identificação das diferentes equipas e / ou instituições que se articulam e funcionam em parceria com a UCCSMI, no âmbito específico da Saúde Mental e Psiquiátrica; através da realização de um estudo de caso.

– Desenvolver competências na avaliação do doente psiquiátrico em situação de crise (aquando do desenvolvimento do Módulo II, no Serviço C4 do HML)

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica sempre que se evidenciou pertinente; através da realização de entrevistas informais com a equipa multidisciplinar; através da participação nas reuniões semanais com os doentes internados e a equipa multidisciplinar; através da prestação de cuidados de enfermagem gerais diretos aos doentes; através da colaboração na entrevista de avaliação e reavaliação do doente.

- Desenvolver competências na prestação de cuidados (de âmbito individual e / ou de grupo) ao doente psiquiátrico em fase de agudização da sua doença (Módulo II)

Este objetivo foi concretizado através da pesquisa bibliográfica; recorrendo à realização de entrevistas informais com os enfermeiros do serviço; através do treino de intervenções específicas quer a nível individual (Relação de Ajuda, Reestruturação Cognitiva) quer através de dinâmicas de grupo, sempre que foi possível e considerado adequado.

- Construir e reavaliar, de forma crítica, o Processo de Enfermagem utilizando a linguagem CIPE e o aplicativo informático SAPE (aquando do desenvolvimento dos Módulos I e II)

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica sempre que adequado; através da realização de entrevistas e discussões informais com o(a) enfermeiro(a) tutor(a) e restantes enfermeiros do serviço.

– Identificar as necessidades específicas dos doentes internados na Unidade de Desabilitação do Norte (Módulo III)

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica; da realização de entrevistas informais com a equipa multidisciplinar; através da observação participada das atividades desenvolvidas pela equipa; através da caracterização das necessidades do doente com problemática aditiva; através de entrevistas informais com o doente.

– Desenvolver competências na avaliação do doente com problemática aditiva (Módulo III)

Este objetivo foi concretizado através da pesquisa bibliográfica; da realização de entrevistas informais com a equipa multidisciplinar; através da participação nas reuniões diárias com os doentes internados e a equipa multidisciplinar; através da prestação de cuidados de enfermagem gerais diretos aos utentes; através da colaboração nas sessões de avaliação bidirária do estado do utente, incluindo deteção de sinais de privação.

– Desenvolver competências na prestação de cuidados (de âmbito individual e / ou de grupo) aos doentes da UDN, proporcionando intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde mental e psiquiátrica (Módulo III)

Este objetivo foi concretizado através de pesquisa bibliográfica; da realização de entrevistas informais com a equipa multidisciplinar; através da caracterização das necessidades dos doentes; através da aplicação de instrumentos psicométricos para avaliar a motivação dos utentes para a mudança, concretamente, o questionário

SOCRATES; através do treino de intervenções específicas a nível individual tal como a Técnica de Modificação Comportamental; através da realização de um estudo de caso.

– Participar ativamente nas sessões de prevenção de recaída e de educação para a saúde dinamizadas pela equipa de enfermagem da UDN (Módulo III)

Este objetivo foi concretizado através da aplicação de conhecimentos adquiridos, desenvolvendo competência em executar e / ou participar em intervenções terapêuticas; através da colaboração em intervenções planeadas e não planeadas; efetuando sugestões de alterações que visassem a melhoria da eficácia das mesmas, concretamente, nas sessões de prevenção de recaída das drogas ilícitas.

3 - ATIVIDADES DE MAIOR RELEVÂNCIA REALIZADAS NO ESTÁGIO

Neste capítulo, destaco algumas atividades às quais atribuo especial importância e que julgo terem contribuído de forma significativa para que tivesse sido possível atingir o delineado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) publicado em Diário da República 2ª Serie – nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011 “*Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais*”.

. Visitação domiciliária

As visitas domiciliárias foram realizadas durante o Módulo I na Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta. (anexo III)

Labate, Galera e Avanci (2004) afirmam “*A visita domiciliária possibilita à equipe de saúde a observação do indivíduo dentro do seu contexto, do seu meio ambiente, condições de habitação, de higiene, saneamento básico e relações afetivo-social entre os membros da família*”. Por este motivo, quando o enfermeiro efetua uma visita domiciliária “*deve estar consciente da existência desses espaços e compreender que quando chega à casa de um paciente também estará invadindo o espaço privado. Por isso a visita domiciliar deve ser realizada com cuidado e necessita de um tempo para que se estabeleça uma relação de confiança entre os visitantes e a família*”.

Na área concreta da saúde mental e psiquiatria, atravessámos um longo período em que o hospital psiquiátrico se transformou no local privilegiado para a prestação de cuidados de saúde. Atualmente, com a implantação de serviços psiquiátricos na comunidade, a importância da visita domiciliária torna-se ainda mais evidente.

Segundo o manual de apresentação da UCCSMI, sendo Portugal um país onde a taxa de população idosa tem vindo a aumentar e, de acordo com o defendido pelo Ministério da Saúde (2004), “*é fundamental dar respostas efetivas às necessidades da população idosa*”.

O projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso” tem como população alvo os utentes inscritos no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta com idade igual ou superior a 65 anos inscritos em Famílias Unipessoais ou que residam sozinhos (calcula-se uma média de 1000 utentes) e o seu grande objetivo é o de promover a saúde mental nesta população com isolamento social.

Para caracterizar estes utentes (aos quais tivemos acesso através da base de dados da instituição), optou-se por inicialmente entrevistar idosos a residir sozinhos em Bairros Sociais da área de abrangência e posteriormente, pretendia-se caracterizar toda a população acima referida.

Neste sentido, colaborei com a Enfermeira tutora na visitação domiciliária a alguns utentes; preferencialmente, foi feito agendamento telefónico prévio mas noutros casos (em que não nos tinham atendido o telefone) fomos ao seu encontro ou foram os utentes que nos abordaram na rua.

Iniciámos por explicar o objetivo da entrevista, com a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, salvaguardando que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento.

A entrevista em si iniciava-se com o preenchimento do MMSE sendo que só prosseguíamos com a aplicação do questionário aos utentes sem alteração da capacidade cognitiva e com capacidade de colaboração.

No questionário aplicado pudemos recolher dados relativos às características demográficas e psicossociais, incluindo informação acerca da adesão e gestão ao regime terapêutico, atividades e estilos de vida, dependência no autocuidado e necessidade de suporte. Por fim, abordava-se a perceção dos idosos acerca da sua satisfação com a vida, espiritualidade / crenças pessoais e bem-estar.

Os dados recolhidos foram devidamente registados no aplicativo SAPE, permitindo uma correta partilha de informação com o enfermeiro de família e colaborando para uma

adequada resposta às necessidades encontradas, tanto a nível da SMP como de uma outra área de intervenção.

A visitação domiciliária trouxe importantes contributos para um melhor conhecimento das realidades dos nossos idosos, uma vez que nos permitiu identificar potenciais situações de risco quer a nível físico, psicológico ou ambiental, para uma posterior adequada intervenção.

Globalmente, os idosos abordados, apesar de terem apoios informais por parte de amigos, vizinhos e familiares, sentem-se muitos sozinhos e vêem em nós uma oportunidade de contarem as suas histórias de vida e de partilharem os seus receios em relação ao futuro.

Segundo Sequeira, 2010 “... o momento da reforma, tantas vezes desejada, com a desvinculação ao mundo do trabalho, leva à diminuição da importância do idoso que, por vezes, passa a ser considerado inútil e problemático, o que pode contribuir para o seu isolamento.”

Tendo acrescida a vantagem de estarmos a efetuar as entrevistas no ambiente domiciliário dos utentes, permitiu-nos identificar mais claramente situações problema para, especificamente na área da enfermagem de saúde mental, podermos adequadamente intervir no sentido de organizarmos os apoios necessários ou reorientar os contactos destes idosos.

Para Paul (2005, citado por Sequeira, 2010), “Com o envelhecimento, algumas pessoas significativas (familiares, amigos, companheiros) vão desaparecendo, pelo que é necessário reorganizar as redes de apoio informal, de forma a manter a independência e a participação social, pois as redes de apoio são indispensáveis para a saúde mental, satisfação com a vida e envelhecimento ótimo.”

Apesar de, ao longo das entrevistas efetuadas não ter sido detetado nenhum caso que nos parecesse efetivamente problemático, necessitando da intervenção imediata especializada na área da saúde mental, a nossa atuação foi sempre de encontro à promoção da saúde mental positiva e à adesão a estilos de vida mais saudáveis, sempre que detetámos a presença de falsos conceitos que pudessem colocar em risco o bem-estar dos utentes. Estas situações são então melhor caracterizadas no registo das visitas domiciliárias efetuadas que se encontra em anexo a este trabalho.

. Técnica de Reestruturação Cognitiva

As sessões de Técnica de Reestruturação Cognitiva (TRC) (anexo IV) foram desenvolvidas no Módulo I, aquando da realização do primeiro Estudo de Caso (anexo V).

“A terapia cognitiva é um tipo de psicoterapia baseado no conceito de processamento mental patológico. O foco do tratamento é a modificação de crenças distorcidas e comportamentos mal adaptativos.” (Townsend, 2011)

Beck (1995), citado por Townsend (2011) diz ainda que *“na terapia cognitiva o objetivo do terapeuta é utilizar uma variedade de métodos para criar alterações no pensamento e no sistema de crenças do indivíduo num esforço de criar alterações emocionais e comportamentais duradouras.”*

A técnica de reestruturação cognitiva foi inicialmente desenvolvida para ser utilizada na depressão; atualmente, é vista como eficaz no tratamento de uma série de perturbações entre as quais: perturbações de pânico, perturbações da ansiedade generalizada, fobias sociais, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbações de stress pós-traumático, perturbações alimentares, abuso de drogas, perturbações da personalidade, esquizofrenia, etc. (Beck, 1995; Sadock e Sadock, 2007; Wright, Thase e Beck, 2008, citado por Townsend, 2011).

Na terapia cognitiva, o objetivo é ensinar o indivíduo a controlar as distorções do pensamento que vão contribuir para o desenvolvimento e manutenção das perturbações do humor. Na depressão, há uma distorção negativa em relação a si próprio, ao ambiente e ao futuro, vendo-o sem esperança.

Assim sendo, com a técnica de reestruturação cognitiva, pretende-se que o indivíduo seja capaz de identificar padrões disfuncionais de pensamentos e comportamentos, ajudando-o a conseguir testar a validade dos mesmos. A terapia em si visa mudar os pensamentos automáticos que surgem de forma espontânea e vão condicionar perturbações no humor.

Uma das formas de o conseguir é pedir à pessoa que descreva realidades que apoiem e refutem pensamentos automáticos e seguidamente é revista com ela em que medida é

que existe uma justificação lógica para esse pensamento. Uma outra forma consiste em fazer com que o indivíduo perceba o que poderia acontecer se os seus pensamentos fossem efetivamente verdadeiros. É importante que os utentes percebam que nenhuma técnica é melhor do que outra, que pode acontecer que várias técnicas não funcionem e que é essencial que trabalhe em conjunto com o terapeuta para melhor delinear a estratégia mais adequada.

Rupke, Blecke e Renfrow (2006) citado por Townsend (2011) efetuaram estudos onde puderam comprovar uma eficácia igual ou superior da terapia cognitiva em relação ao uso da medicação antidepressiva em indivíduos deprimidos, não querendo isto dizer que o seu uso diminua o valor do efeito da terapêutica.

Townsend (2011) cita Beck e associados (1987) ao referir que, com a terapia cognitiva, espera-se que o indivíduo seja capaz de:

- monitorizar os seus pensamentos negativos automáticos;
- reconhecer as ligações entre a cognição, o afeto e o comportamento;
- examinar as evidências a favor e contra pensamentos automáticos distorcidos;
- substituir estas cognições tendenciosas por interpretações mais realistas;
- aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predispõem a distorcer experiências.

Esta terapia é bastante estruturada e breve, tendo uma média de duração de 12 a 16 semanas. Apesar de defender uma adaptação da terapia para se adequar ao caso específico de cada indivíduo, Beck definiu ainda uma série de princípios que devem estar subjacentes em todos os casos. São eles:

- a. A terapia cognitiva baseia-se numa formulação do cliente e dos seus problemas em termos cognitivos que evoluiu continuamente;
- b. A terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica sólida;
- c. A terapia cognitiva enfatiza a colaboração e a participação ativa;
- d. A terapia cognitiva é orientada para os objetivos e concentra-se nos problemas;
- e. A terapia cognitiva enfatiza inicialmente o presente;

- f. A terapia cognitiva é educativa, visa ensinar o cliente a ser o seu próprio terapeuta e ensina a prevenção de recaídas;
- g. A terapia cognitiva visa ser temporalmente limitada;
- h. As sessões de terapia cognitiva são estruturadas; cada sessão tem uma estrutura pré-determinada que inclui revisão da semana do indivíduo; estabelecimento conjunto da agenda da sessão; revisão da sessão da semana anterior; revisão do trabalho de casa da semana anterior; discussão dos itens da agenda desta semana; estabelecimento do trabalho de casa para a próxima semana e resumo da sessão desta semana.
- i. A terapia cognitiva ensina os clientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais;
- j. A terapia cognitiva utiliza várias técnicas para modificar o pensamento, o humor e o comportamento.

As três principais técnicas da terapia cognitiva são Aspectos Didáticos (Educativos), Técnicas Cognitivas e Intervenções Comportamentais.

Na primeira, são fornecidas informações ao indivíduo acerca do que é a terapia cognitiva, como funciona, de que maneira se estrutura o processo cognitivo e as expectativas tanto do terapeuta como do cliente. Visa que o indivíduo possa vir a ser o seu próprio terapeuta.

Nas técnicas cognitivas, as estratégias passam por *identificar* e *modificar* os pensamentos automáticos (aqueles que ocorrem rapidamente em resposta a uma situação e sem análise racional) e as estruturas de crenças (são estruturas cognitivas mais profundas que os pensamentos automáticos, servem para filtrar as informações do ambiente e desenvolvem-se cedo na vida).

Em relação ao identificar estes dois aspectos, utilizam-se as técnicas do Questionamento Socrático (ou descoberta guiada), de Imagens e Desempenho de Papéis e de Registo de Pensamentos.

No que concerne à modificação dos pensamentos automáticos e estruturas de crenças, podem utilizar-se as técnicas de Gerar Alternativas, Examinar as Evidências,

Desconstruir Catástrofes, Re-atribuição, Registo Diário de Pensamentos Disfuncionais e Ensaio Cognitivo.

As intervenções comportamentais englobam estratégias comportamentais mais adaptativas que visam um efeito mais positivo nas cognições. São disto exemplo Horários de Atividades, Atribuições de Tarefas Classificadas, Ensaio Comportamental, Distração e Técnicas Diversas como sejam de Relaxamento, Assertividade, Treino de Capacidades Sociais, Técnicas de Suspensão de Fluxo de Pensamentos, etc.

Grande parte das técnicas da terapia cognitiva estão ao alcance dos enfermeiros, desde a formação geral à especializada. No entanto, é necessário “... *o conhecimento de princípios educacionais e a capacidade de utilizar competências de resolução de problemas de modo a orientar o pensamento dos clientes através de um processo de reestruturação.*” (Townsend, 2011)

No Módulo I pude então implementar sessões de TRC. A escolha da utente alvo de intervenção teve como base a sugestão dada pela Enfermeira orientadora e pela Enfermeira especialista em SMP uma vez que, ao longo da caracterização da população abrangida pelo Projeto “Promoção da Saúde Mental do Idoso”, não se detetou nenhum caso que nos parecesse adequado.

A utente em questão era já conhecida da equipa de enfermagem da UCCSMI uma vez que esta tinha acompanhado o processo terminal do seu marido, cujo falecimento tinha ocorrido há cerca de quatro meses. Tinham conhecimento que a resposta da utente à morte do seu marido não estaria a ser a mais adequada mas não tinha sido feita qualquer intervenção nem caracterização mais aprofundada do que a agora descrita.

Uma vez que preenchia o requisitos necessários, esta utente foi também incluída no Projeto “Promoção de Saúde Mental do Idoso”, tendo os dados colhidos sido registados no aplicativo SAPE e partilhada a informação necessária com a equipa de saúde familiar.

Para a concretização do referido estudo de caso, efetuámos diversas visitas domiciliárias cuja descrição consta pormenorizadamente no estudo de caso. Para a sua realização, senti necessidade em aprofundar os meus conhecimentos acerca de várias temáticas, mais concretamente, Depressão, Processo de Luto e Auto-estima uma vez que foram os

problemas centrais identificados nesta utente. Tive também a oportunidade de desenvolver capacidades e competências na área da comunicação e relação terapêuticas.

Na tentativa de resolução dos referidos problemas, foram iniciadas sessões de Técnica de Reestruturação Cognitiva, cuja descrição pormenorizada se encontra em anexo a este documento. (anexo IV)

À data de término das sessões por nós implementadas, foi visível uma melhoria no humor da utente e evidente a vontade e esperança em melhorar o futuro. No entanto e dado o manancial de problemas identificados, foi uma situação em que logo nos pareceu que, provavelmente, resultados mais significativos fossem apenas visíveis a médio-longo prazo.

Tendo em conta que o meu estágio terminou antes de ser possível completar todas as sessões de terapia cognitiva idealizadas, a minha intervenção teve continuidade através das enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiatria da UCCSMI.

. Dinâmicas de Grupo

O ser humano é, acima de tudo, um ser social, constituindo-se como a estrutura das relações humanas; no entanto, muitas vezes não nos dedicamos à observação e análise do comportamento dos vários elementos que constituem um grupo. Muitas vezes também, devido ao facto da atuação de um determinado elemento não corresponder às expectativas dos restantes membros, criam-se dentro do grupo situações constrangedoras e conflituosas. Como afirma Fritzen (2009) “*Onde se encontra mais de uma pessoa, há realmente problemas de relacionamento*”.

As dinâmicas de grupo surgem então como uma tentativa de solucionar alguns destes entraves à relação do indivíduo dentro de um determinado grupo, facilitando a sua integração e relacionamento interpessoal através da modificação de alguns comportamentos e atitudes.

A este respeito, Fritzen (2009) defende que “*Cada exercício tem uma finalidade: assim, uns buscam maior abertura da pessoa em relação às demais, tirando as barreiras que impedem uma verdadeira comunicação pessoal por causa de tantos preconceitos e*

condicionamentos que geralmente angustiam as pessoas em relação às outras. Outros exercícios procuram despertar nas pessoas o sentido da solidariedade, adormecido pelo egoísmo. Outros ainda buscam mais diretamente uma colaboração efetiva, afastando a frieza, o indiferentismo, a agressividade, o desejo de dominação, o tratamento da pessoa como objeto. Aparecem ainda exercícios que provocam um “insight” pessoal. Apresentam a pessoa como ela realmente é, com suas limitações, suas deficiências, suas habilidades, suas tendências positivas e negativas”.

Assim, muitas vezes não é a técnica em si que assume a maior importância mas o objetivo que se pretende atingir com a sua aplicação.

“Ao aplicar estas técnicas e estes exercícios não se pretende dar soluções aos problemas que surgem. O objetivo é despertar nas pessoas a consciência de que os mesmos existem, e caberá à responsabilidade individual enfrentá-los e a procura da solução que os mesmos requerem”. (Fritzen 2009)

Ao longo do Módulo II, foi-me possível planear e dinamizar várias intervenções de grupo, cuja descrição mais pormenorizada se encontra em anexo a este trabalho. (anexo VI)

Foram intervenções bastante produtivas no sentido em que permitiram que os doentes abordados partilhassem emoções, angústias, preocupações e que percebessem como, muitas vezes, a forma como se sentem é partilhada por outros. Também para nós, enfermeiros, foi muito gratificante uma vez que pudemos melhor perceber a forma como estes doentes pensam e sentem e foi muito interessante verificar a discrepância existente entre a nossa perceção relativamente à evolução do doente e a dos outros profissionais que não tinham estado presentes nas dinâmicas de grupo. Com uma visão “superficial” do estado do doente, não é possível o estabelecimento de uma relação terapêutica e é declinado para segundo plano o papel essencial do enfermeiro especialista em SMP. Apenas com um profundo conhecimento da pessoa nos é possível orientá-lo no sentido de um melhor conhecimento de si próprio e da procura do caminho a percorrer para solucionar os seus problemas.

. Técnica de Modificação Comportamental

Townsend (2011) define a Terapia Comportamental como “*uma forma de psicoterapia cujo objetivo é modificar padrões de comportamento mal adaptativos através do reforço de comportamentos adaptativos*”. Um comportamento pode ser considerado mal adaptativo quando interfere no funcionamento adaptativo do indivíduo, quando não se adequa à sua idade ou quando culturalmente não é aceite. Através de processos de aprendizagem, de interação do meio ambiente com a informação genética do indivíduo, este desenvolve um conjunto de comportamentos; estes serão problemáticos quando esta aprendizagem foi inadequada. Da mesma forma, através de uma aprendizagem apropriada, estes comportamentos podem ser corrigidos. Estes princípios da terapia comportamental têm como base os primeiros estudos do condicionamento clássico de Pavlov (1927) - em que demonstrou que um estímulo neutro podia adquirir a capacidade de suscitar uma resposta condicionada (uma resposta nova, aprendida) através da combinação com um estímulo não condicionado - e do condicionamento operante de Skinner (1938) – em que se deu atenção adicional às consequências da resposta como uma abordagem para a aprendizagem de novos comportamentos (a ligação entre um estímulo e uma resposta é fortalecida ou enfraquecida pelas consequências da resposta). Os procedimentos de modificação comportamental são frequentemente associados a procedimentos cognitivos, estando na origem do termo ‘terapia cognitivo-comportamental’.

Várias são as técnicas para modificar o comportamento de um utente. Townsend (2011) identifica algumas:

- *Shaping*: uma técnica na qual os reforços são dados para aproximações cada vez maiores à resposta desejada;
- Modelagem: refere-se à aprendizagem de novos comportamentos através da imitação do comportamento de outros;
- Princípio de Premack: esta técnica afirma que uma resposta que ocorre frequentemente pode servir de reforço positivo para uma resposta que ocorre com menos frequência;
- Extinção: diminuição gradual na frequência ou desaparecimento de uma resposta quando o reforço positivo é retido;

- Contratação contingente: um contrato é elaborado especificando uma alteração de comportamento concreta e os reforços a ser dados pelo cumprimento dos comportamentos desejados;
- *Time out*: estímulo aversivo ou punição durante o qual o cliente é removido do meio onde o comportamento inaceitável está a ser exibido;
- Inibição recíproca: diminui ou elimina um comportamento através da introdução de um comportamento mais adaptativo que seja incompatível com o comportamento inaceitável;
- Sensibilização manifesta: tipo de terapia de aversão que produz consequências desagradáveis para o comportamento indesejado;
- Sensibilização coberta: baseada na imaginação do indivíduo para produzir consequências desagradáveis para comportamentos indesejados;
- Dessensibilização sistemática: utilizada para ultrapassar fobias na qual existe uma hierarquia de eventos produtores de ansiedade através dos quais o indivíduo progride;
- Flooding ou Terapia implosiva: dessensibiliza os indivíduos dos estímulos fóbicos através de uma apresentação contínua destes estímulos, através de imagens mentais, até que estes deixem de causar ansiedade.

No Módulo III pude desenvolver um dos meus estudos de caso (anexo VII). O utente alvo de intervenção foi um homem de 33 anos e que deu entrada no serviço para desintoxicação alcoólica, tendo antecedentes de consumos de cocaína e heroína e estando abstinente de ambas há cerca de 8 anos, quando iniciou programa de agonista opiáceo com metadona.

O que se desenvolveu com este utente foi, após uma adequada caracterização da sua dependência alcoólica (utilizando para o efeito instrumentos validados) e da avaliação do estado de motivação para a mudança, implementar sessões de modificação comportamental em conjunto com intervenção motivacional breve. (anexo VIII)

Para dar início a esta caracterização, recorri a entrevista a dois enfermeiros especialistas em SMP da Unidade de Alcoologia, com longa experiência e conhecimentos nesta

matéria, por forma a selecionar os instrumentos que melhor fossem de encontro ao trabalho que se pretendia desenvolver.

Após o início do estabelecimento da relação terapêutica, comecei a aplicar algumas das escalas sugeridas pelos referidos enfermeiros - para avaliar o grau de dependência alcoólica, foi aplicada a escala SADD (Short Alcohol Dependence Data) e para determinar o grau de motivação para a mudança, foi utilizada a escala SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) - bem como a recolher determinados dados que constam na avaliação inicial e que não tinha sido possível colher anteriormente por se tratarem de informações íntimas e potencialmente embaraçosas para o utente.

De salientar que o tempo inter-sessão teve que ser bastante encurtado para poder implementar um número mínimo de três a quatro sessões, tentando focalizar a minha atenção para os aspetos mais significativos no processo de prevenção de recaída do utente – identificação do problema, das situações de risco, estratégias que dessem resposta a estas mesmas situações e a discussão pormenorizada dos prós e contras de cada uma destas estratégias a fim de evitar situações de impulso após a alta da UDN.

4 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS

O termo competência pode ser definido como *“um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que, quando integrados e utilizados estrategicamente, permite atingir com sucesso os resultados que dela são esperados na organização”* (definição encontrada no Dicionário de Termos de Recursos Humanos de Benedito Milioni, fonte webgráfica).

Durante o meu percurso de aprendizagem, os objetivos delineados e atividades realizadas tiveram como finalidade facultar-me a aquisição de um conjunto de competências, conhecimentos, capacidades e habilidades no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica passíveis de serem mobilizadas em função das necessidades de saúde de um indivíduo, família, grupo ou comunidade, ao longo do ciclo vital, nos seus diferentes contextos de vida e em todos os níveis de prevenção, de forma a manter, melhorar e recuperar a sua saúde.

Estando a enfermagem de saúde mental direcionada para a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas, o papel do enfermeiro especialista nesta área destaca-se através das suas competências de âmbito psicoterapêutico e do seu juízo clínico singular.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental é capaz de ajudar a pessoa que está a atravessar processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental a diminuir significativamente o grau de incapacidade que estas alterações muitas vezes originam. Ele compreende a forma como estas alterações trazem implicações para o projeto de vida de cada indivíduo e o modo como os diferentes fatores familiares, sociais, económicos, psicológicos e biológicos interferem com a saúde mental de cada um.

O indivíduo alvo dos nossos cuidados é um ser único, com necessidades particulares e com vulnerabilidades próprias que, nesta área específica, levam muitas vezes a terem que receber ou serem envolvidos em cuidados contra a sua vontade, através da aplicação do enquadramento legal específico. Estas questões, ao afetarem a relação que se estabelece entre enfermeiro e cliente e devido à complexidade de todos os dilemas éticos e morais que daí possam advir, exige da nossa parte uma capacidade contínua de reflexão sobre a prática, visando sempre a melhoria da mesma.

É exigível ao enfermeiro especialista em saúde mental que ele incorpore na sua prática de cuidados diária, as novas descobertas decorrentes da investigação, através de uma prática baseada na evidência e visando atingir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando em projetos de investigação que tenham como propósito o aumento do conhecimento e competência dentro desta área de especialização.

Ao longo de todo o Estágio, todo o conhecimento e habilidades adquiridos puderam minimizar os obstáculos encontrados no seu decorrer, permitindo-me, de forma crítica, desenvolver uma postura e competência que vá de encontro ao definido para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

De uma forma sucinta, pretendo enumerar as competências adquiridas ao longo deste processo de aprendizagem. Foram na sua globalidade concretizadas através de um conjunto de atividades transversais a diferentes objetivos delineados para cada Módulo de Estágio.

Tendo como base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República 2ª Serie – nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, destaco as competências que julgo ter adquirido, dividindo-as naquelas que são comuns ao enfermeiro especialista e naquelas que são específicas ao enfermeiro especialista em saúde mental.

Competências comuns do enfermeiro especialista

a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- Desenvolvimento de uma prática profissional e ética dentro do meu campo de intervenção, suportando a minha decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
- Capacidade de promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, tendo em vista a proteção da segurança, privacidade e dignidade do cliente.

b) Competências do domínio da melhoria contínua de cuidados:

- Capacidade de manter um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança para o cliente.

c) Competências do domínio da gestão de cuidados:

- Capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, reconhecendo e compreendendo os distintos e interdependentes papéis e funções de todos membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática.

d) Competências do domínio das aprendizagens profissionais:

- Desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade;
- Capacidade de basear a minha prática em sólidos e válidos padrões de conhecimento, interligando conhecimentos científicos, éticos e legais e mobilizando-os para a prática da Enfermagem.

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental

- Desenvolvimento de um conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Esta competência foi adquirida através da demonstração de tomada de consciência de mim mesma durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas; identificando emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que possam ter interferido na relação terapêutica com o cliente e ou equipa multidisciplinar; gerindo

fenômenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de mim mesma na relação terapêutica; mantendo o contexto e limites da relação profissional de forma a preservar a integridade do processo terapêutico; monitorizando as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, por forma a melhorar a relação terapêutica.

- Assistência à pessoa adulta e idosa, família, grupo e comunidade na otimização da saúde mental.

Esta competência foi adquirida através da execução de uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo dentro da comunidade, que preenchesse determinados critérios sociodemográficos, avaliando fatores promotores e protetores de bem estar e saúde mental, bem como fatores predisponentes de perturbação mental no referido grupo (aquando da implementação do Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso” na UCCSMI); através da execução de uma avaliação global que permitisse uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família, avaliando as respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente, as capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental e o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem estar do cliente; sobretudo na sua funcionalidade e autonomia.

- Capacidade de auxílio da pessoa adulta e idosa, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Esta competência foi adquirida identificando os problemas e necessidades específicas da pessoa, no âmbito da saúde mental; avaliando o impacto na saúde mental de fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; identificando complicações que tenham decorrido dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física; avaliando o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros; através da realização e implementação de um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente,

com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade.

- Capacidade de prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa adulta e idosa, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar e de grupo de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Esta competência foi adquirida através da capacidade de desenvolver processos psicoterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptassem ao cliente e à situação (tal como descrito anteriormente nos Capítulos 2 e 3); implementando intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde / doença mental e às transições; utilizando técnicas psicoterapêuticas que aumentassem o *insight* do cliente e facilitassem respostas adaptativas que lhe permitissem recuperar a sua saúde mental; utilizando técnicas psicoterapêuticas que permitissem ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

5 - CONCLUSÃO

Ao terminar esta reflexão acerca do percurso traçado ao longo dos três Módulos de Estágio, posso afirmar que contribuiu de forma significativa para o meu processo de formação. Todo este trajeto foi percorrido com entusiasmo, visando a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através de um processo de auto-responsabilização pelo crescimento pessoal e profissional e de uma atitude crítico-reflexiva, permitindo o ultrapassar dos obstáculos e dificuldades encontrados.

Após refletir de forma crítica sobre este mesmo trajeto, penso poder afirmar que os objetivos gerais propostos no Plano de Estudos do Curso e os objetivos por mim delineados foram atingidos e as atividades implementadas para os concretizar foram bem sucedidas, tendo desenvolvido as competências necessárias para um bom desempenho enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para o conseguir, foi essencial a integração na prática dos saberes científicos, técnicos e relacionais adquiridos, a troca de experiências com os diferentes elementos das várias equipas onde estive inserida, a reflexão conjunta sobre a ação e o facto de ter regido a minha postura de acordo com os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e aprendizagens profissionais (de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República 2ª Serie – nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011).

No entanto, muitos outros fatores contribuíram para o sucesso desta caminhada, tendo desempenhando um papel de apoio e reforço positivo desde o início. A um nível “extra-campo de estágio”, pude contar com a excelente compreensão por parte da família e amigos e com a receptividade por parte da Professora orientadora, disponibilizando-se sempre para qualquer esclarecimento ou acompanhamento.

Cada etapa que fui ultrapassando, fez com que crescesse cada vez mais em mim o sentimento de realização pessoal e profissional que anteriormente já tinha mencionado. Apesar de todo o esforço empreendido, incluindo por vezes a falta de tempo disponível para as pessoas significativas na minha vida, foi um percurso repleto de uma enorme satisfação e gratificação, de um verdadeiro sentimento de crescimento e desenvolvimento enquanto enfermeira e, sobretudo, enquanto pessoa.

Este percurso refletiu em mim um desejo cada vez maior de ajudar os outros, de me colocar no seu lugar e de um sentimento de respeito cada vez mais sólido por cada pessoa com quem tenho o privilégio de contactar.

O fim do Estágio representa o fim desta etapa mas não do percurso de aprendizagem; a formação que me encontro prestes a terminar munuiu-me de importantes conhecimentos e competências que serão essenciais e imprescindíveis para um futuro desafiador, onde a continuação da minha formação terá certamente lugar. A vontade de desenvolver uma tomada de decisão fundamentada que foi crescendo ao longo deste trajeto vai seguramente contribuir para o querer continuar a saber mais e que isso conduza a uma melhoria da prática dos cuidados de enfermagem, especificamente, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ao longo da realização deste trabalho, foram muitas as dificuldades sentidas; a maior foi talvez o conseguir traduzir todos os momentos de aprendizagem contidos neste período. Contudo, de forma sucinta, penso ter conseguido espelhar este meu trajeto, dando resposta ao preconizado para este relatório. Através de uma metodologia descritiva, julgo ter conseguido caracterizar e analisar o Estágio desenvolvido, focar os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo do mesmo e as atividades implementadas para possibilitar o atingir dos objetivos delineados, demonstrando com clareza as competências adquiridas, ainda que acredite que o que consegui atingir vá para além do que me foi possível descrever.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. – *Intervenções Breves para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas: manual para utilização em Cuidados Primários de Saúde*. Organização Mundial de Saúde, 2001

DEGLIN, J. H.; VALLERAND, A. H. – *Guia Farmacológico Para Enfermeiros*. Sétima Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-47-9

FORTIN, Marie Fabianne – *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X

FRITZEN, S. J. – *Exercícios Práticos de Dinâmica de Grupo: vol. I*. 39ª Edição. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009. ISBN: 978-85-326-0210-7

FRITZEN, S. J. – *Exercícios Práticos de Dinâmica de Grupo: vol. II*. 38ª Edição. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009. ISBN: 978-85-326-0211-4

IDT, IP - *Manual de Boas Práticas de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde, Maio de 2009

Manual de Acolhimento e Integração para Profissionais, consultado na página da intranet do Hospital Magalhães de Lemos

MELLO, M. L. M.; BARRIAS, J.; BRENDA J. – *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001. ISBN: 972-9425-93-0

SEQUEIRA, C. – *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Outubro de 2010. ISBN: 978-972-757-717-0

SEQUEIRA, C. – *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto Editora, 2006

SERECIGNI, J. G., et al. – *Guia clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Valencia: Socidrogalcohol, 2007. ISBN: 978-84-611-5803-4

TOWNSEND, M. C. – *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª edição. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-61-5

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE S. MAMEDE DE INFESTA – *Manual de Apresentação*. Equipa da UCCSMI, Março de 2010

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE S. MAMEDE DE INFESTA – *Plano de Ação 2010-2012*. Unidade Local de Saúde de Matosinhos. S. Mamede de Infesta, 2009

UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO NORTE - *Manual de Integração de Enfermagem*. Porto, 2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – *Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria*, Porto 2011

Webgrafia

BALERINI, C. - Competência = Conhecimento, Habilidade e Atitude. *Jornal Carreira & Sucesso* [em linha]. 273ª ed. (2010). [Consult. 18 Fev. 2012]. Disponível na WWW em http://www.catho.com.br/jcs/inpiter_view.phtml?id=7356

ANDRETTA, I., OLIVEIRA, M. S. – A Técnica da Entrevista Motivacional na Adolescência. *Revista Psicologia Clínica* [em linha];, Vol. 17, nº 2 (2005). [Consult. 18 Dez. 2011]. Disponível na WWW em <http://www.scielo.br/pdf/pc/v17n2/v17n2a10.pdf>. ISSN 0103-5665.

BOCCHI, S. C. M.; PESSUTO, J.; DELL’AQUA, M. C. Q. - Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação dos alunos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [em linha]. Vol. 4, nº 3 (1996). [Consult. 04 Jun. 2011]. Disponível na WWW em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300009&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0104-1169

CASTRO, M. M. L. D.; PASSOS, S. R. L. – Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica* [em linha]. Vol. 32, nº 6 (2005). [Consult. 14 Jan. 2012]. Disponível na WWW em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n6/330.html>

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F. – Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [em linha]. Vol. 11, nº 3 (2003). [Consult. 30 Jan. 2012]. Disponível na WWW em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300016. ISSN 0104-1169

KARKOW, M. J., CAMINHA, R. M., BENETTI, S. P. C. – Mecanismos terapêuticos na dependência química. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* [em linha]. Vol. 1, nº 2 (2005). [Consult. 18 Dez. 2011]. Disponível na WWW em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200013&script=sci_arttext&tlng=es. ISSN 1808-5687

LABATE, R. C.; GALERA, S. A. F.; AVANCI, R. C. – Visita domicliária: um olhar de enfermagem psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem* [em linha]. Vol. 57, nº 5 (2004). [Consult. 12 Fev. 2012]. Disponível na WWW em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500024. ISSN: 0034-7167

MATHIAS, A. C. R., CRUZ, M. S. – Relato de Caso: Benefícios de técnicas cogntivo-comportamentais em terapia de grupo para o uso indevido de álcool e drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [em linha]. Vol. 56, nº 2 (2007). [Consult. 18 Dez. 2011]. Disponível na WWW em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a11v56n2.pdf>. ISSN 0047-2085

OLIVEIRA, M. S. et al. – Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [em linha]. Vol. 16, nº 2 (2003). [Consult. 14 Jan. 2012]. Disponível na WWW em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18816206>. ISSN 0102-7972

PICCOLOTO, L. B. et al. – Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais. *Revista de Psiquiatria Clínica* [em linha]. Vol. 33, nº 4 (2006). [Consult. 14 Jan. 2012]. Disponível na WWW em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000400005&script=sci_arttext. ISSN 0101-6083

TRIPICCHIO, A. – Psicoterapia Cognitiva – Depressão. *Artigos – Teorias e Sistemas no Campo Psi* [em linha]. [Consult. 14 Jun. 2011]. Disponível na WWW em <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=732>

Legislação

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 11/2009 de 16 de Setembro - *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*

LEI nº 48/90, de 24 de Agosto, *Lei de Bases da Saúde*

REGULAMENTO 129/2011 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental* publicado em Diário da República 2ª Serie – nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

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

Projeto de Estágio

Aluno: Carla Sofia da Silva Figueiredo

Sob orientação de: Professora Emília Preciosa Carvalho

Porto, Abril de 2011

1 – INTRODUÇÃO.....	3
2 – MÓDULOS DE ESTÁGIO.....	5
3 - OBJETIVOS / COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	7
3.1 – Objetivos gerais	8
3.2 – Objetivos específicos transversais	8
3.3 – Objetivos específicos de cada Módulo	11
4 – CONCLUSÃO.....	16
BIBLIOGRAFIA	17
ANEXOS	
ANEXO I - Horário planejado	

1. Introdução

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, está prevista a realização de um Estágio, com uma duração total de 750 horas, sendo 540 destas de contacto e 210 horas de trabalho individual, correspondendo a 30 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System).

Este Estágio subdivide-se em três Módulos, correspondendo a cada um deles 180 horas de contacto e 10 ECTS. O Módulo I (Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção), que irá decorrer entre 27 de Abril e 25 de Junho de 2011, será realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta (UCCSMI) – Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). O Módulo II (Unidades de internamento na crise do adulto), cuja realização está prevista para o período compreendido entre 3 de Outubro e 26 de Novembro de 2011 será efetuado no Serviço de Agudos C4 do Hospital Magalhães de Lemos. Por último, entre 28 de Novembro de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012 irá decorrer o Módulo III (Opcional), na Unidade de Desabilitação do Norte, Matosinhos.

Iniciei o meu percurso profissional em Setembro de 2004 no serviço de Medicina D do Hospital Pedro Hispano – ULS Matosinhos, onde me encontro a prestar funções até hoje. Dentro deste período, trabalhei também durante cerca de um ano num Lar de Terceira Idade (Centro de Apoio à Terceira Idade). Ao longo do meu percurso profissional, embora curto, fui-me deparando frequentemente com uma necessidade de aprofundar a minha formação na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Para além de ser uma área que sempre me suscitou grande interesse, na minha opinião, é crucial por ser transversal a todo o ciclo vital do indivíduo e nós, como enfermeiros, necessitamos de formação mais específica para lidar com o indivíduo e família em crise e processos de transição.

Segundo Fortin (1999), Projeto é “(...) *uma etapa preliminar (...) no decurso da qual é*

necessário estabelecer os limites do objetivo do trabalho e precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo(...)”.

Assim sendo, este Projeto tem como objetivo orientar o meu percurso ao longo destes três Módulos, ajudando-me a delinear os objetivos gerais e específicos que me proponho alcançar, bem como as atividades que terei que desenvolver em cada Módulo para os atingir e para adquirir uma melhor competência pessoal e profissional, concretamente, como Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Este Projeto foi elaborado segundo uma metodologia descritiva e é constituído por Introdução, referência aos objetivos e competências propostas pelo Plano de Estudos e justificação da escolha de Instituições e Serviços, seguida de explicitação de objetivos gerais e específicos, bem como competências a desenvolver e atividades e estratégias a implementar nos diferentes Módulos do Estágio. Por fim segue-se a Conclusão e referência à bibliografia consultada para elaboração deste trabalho.

O Estágio será tutelado por um Enfermeiro Especialista pertencente a cada serviço e orientado por uma Professora da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saude.

2. Módulos de Estágio

Uma vez que a minha área de intervenção atual como enfermeira não é especificamente a da Saúde Mental e Psiquiatria, ao ter escolhido a sequência de Módulos acima referida, penso que me irá facilitar a aquisição e desenvolvimento graduais de competências nesta área.

Assim sendo, no Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável, optei por realizar o estágio na UCCSMI – ULSM. Primariamente, uma vez que me encontro a prestar funções na ULSM, parece-me vantajosa esta escolha uma vez que me poderá permitir um melhor conhecimento acerca da articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital, na área concreta da Saúde Mental. Em segundo lugar, numa perspetiva a médio-longo prazo, gostaria de vir a desempenhar funções como enfermeira em contexto comunitário, uma vez que me interessa particularmente pela área da Promoção da Saúde Mental e Prevenção da Doença Mental. O facto de ter tido conhecimento, embora não aprofundado, dos Projetos que estavam aí a ser desenvolvidos (Promoção da Saúde Mental no Idoso; Promoção da Saúde Mental no Cuidador Informal; Promoção da Saúde Mental na área de abrangência da UCCSMI), contribuiu em grande parte para esta minha escolha.

Em relação ao Módulo II, referente ao desenvolvimento de competências em Unidades de internamento na crise do adulto, inicialmente optei pelo serviço de internamento de Matosinhos do Hospital Magalhães de Lemos. Os factos de pertencer à área geográfica da minha prestação de funções e de durante o meu curso de Licenciatura em Enfermagem, ter efetuado parte do ensino clínico nesse serviço, vieram contribuir para esta escolha. No entanto e, dada a reestruturação ocorrida no Hospital Magalhães de Lemos desde que este trabalho teve início, o serviço em causa deixou de existir com essa nomenclatura. Por esta razão, solicitei estagiar num serviço que recebesse doentes provenientes da área geográfica de Matosinhos, tendo-me sido proposto o serviço C4.

O Módulo III é Opcional e optei por realizá-lo na Unidade de Desabilitação do Norte, Matosinhos. Trabalhando eu num serviço de internamento de Medicina e lidando com

alguma frequência com doentes com problemas de dependência, vejo grande interesse em desenvolver conhecimentos e competências nesta área por forma a permitir-me uma atuação mais direcionada e eficaz. A localização próxima do local onde trabalho e a sugestão da equipa de Coordenação do Curso foram também fatores tomados em consideração.

3. Objetivos / competências e atividades a desenvolver

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, “*As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. (...) a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.*” Realizar o Estágio vai permitir-me, enquanto Enfermeira, adquirir, desenvolver e comunicar conhecimentos e competências na área específica da ESMP, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com o mesmo Regulamento, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, possui as seguintes competências:

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

Assim sendo e, de acordo com o Plano de Estudos do Curso, ao longo do Estágio pretende-se que sejam atingidos determinados objetivos. Inicialmente, serão focados os objetivos gerais, de seguida os objetivos específicos transversais aos três Módulos e, por

último, os objetivos específicos de cada Módulo de Estágio. Nestes dois últimos casos, serão discriminadas as atividades que se prevêem ser necessário desenvolver para os atingir.

3.1- Objetivos gerais:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP).
- Aplicar conhecimentos e ter capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, relacionados com a área de ESMP.
- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexão sobre questões éticas e sociais implicadas na intervenção.
- Comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, de forma clara, quer a especialistas quer a não especialistas.
- Adquirir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida profissional.

3.2 – Objetivos específicos transversais:

1 - Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional, de vida e formação pós-graduada, sendo capaz de comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Aplicação de conhecimentos adquiridos durante o curso de formação pós-graduada;
- . Comunicação eficaz utilizando uma linguagem técnico-científica para enfermeiros e uma linguagem acessível para o público em geral;

. Realização de sessões informais de educação para a saúde ao doente e / ou família, sempre que necessário.

2 - Manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas identificados

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Demonstração de receptividade para aprender temas e assuntos novos;
- . Comunicação refletida e estruturada tanto com a equipa multidisciplinar como com o doente / família;
- . Elaboração escrita de Reflexão Crítica quinzenalmente;
- . Realização de um portfólio das atividades desenvolvidas durante o estágio promovendo a reflexão e desenvolvimento do espírito crítico;
- . Promoção de momentos de reflexão e troca de experiências entre os elementos do serviço.

3 – Conhecer a estrutura física, funcionamento e organização de cada serviço

Atividades a desenvolver:

- . Entrevistas informais com o enfermeiro(a) tutor do estágio e restantes enfermeiros do serviço;
- . Consulta de protocolos, normas, documentos e regulamentos referentes ao serviço;
- . Observação participada;
- . Identificação dos recursos materiais e humanos do serviço.

4 - Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente com patologia do foro mental e psiquiátrico, demonstrando capacidade de trabalhar de forma

adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Atividades a desenvolver:

- . Identificação do método de trabalho da equipa de enfermagem;
- . Aplicação do processo de Enfermagem;
- . Reformulação do planeamento de cuidados sempre que a situação de saúde do doente o exija;
- . Estabelecimento de prioridades nos cuidados ao doente;
- . Integração da família ou pessoa significativa no processo de reabilitação do doente sempre que possível;
- . Participação na prestação de cuidados de Enfermagem, de forma adequada e integrada dentro da equipa interdisciplinar;
- . Promoção das boas relações interpessoais e de uma comunicação eficaz com a equipa interdisciplinar.

5 - Participar e promover a investigação em serviço na área da Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Colaboração ativa na realização de trabalhos de investigação e / ou projetos em curso, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados;
- . Partilha de informação útil para o desenvolvimento dos trabalhos e projetos em curso.

6 – Planear a elaboração do relatório final

Atividades a desenvolver:

- . Elaboração de reflexões críticas quinzenalmente, com a finalidade de registar conhecimentos apreendidos, dificuldades encontradas e competências adquiridas;
- . Elaboração do portfólio.

3.3- Objetivos específicos de cada Módulo:

Módulo I – UCC S. Mamede de Infesta

1 – Identificar as necessidades específicas da população abrangida pelo projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso”

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Caracterização da população abrangida pelo referido projeto;
- . Observação participada das atividades desenvolvidas pela equipa;
- . Entrevistas informais com a equipa;
- . Entrevistas com a população abrangida pelo projeto referido.

2 – Desenvolver competências na prestação de cuidados aos utentes abrangidos pelo projeto referido, estabelecendo uma relação terapêutica com o doente e família e proporcionando intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde mental e psiquiatria

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Entrevistas informais com a equipa multidisciplinar;
- . Caracterização das necessidades dos utentes;
- . Desenvolvimento e aplicação de conhecimentos sobre técnicas de comunicação com o doente e família;
- . Promoção do envolvimento da família e doente, como intervenientes ativos na relação;
- . Realização de ensinamentos e outras intervenções de enfermagem, no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental;
- . Identificação das diferentes equipas e / ou instituições que se articulam e funcionam em parceria com a UCCSMI, no âmbito específico da Saúde Mental e Psiquiatria.

3 – Identificar situações imprevistas e complexas, mobilizando os saberes adquiridos durante o percurso profissional e a formação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Atividades a desenvolver:

- . Aquisição de conhecimentos e habilidades para a mobilização em contexto da prática profissional, aos três níveis da prevenção ao indivíduo, família e comunidade;
- . Utilização de uma prática de enfermagem especializada na área de saúde mental e psiquiatria ao indivíduo, família e comunidade;
- . Implementação de intervenções de enfermagem para a resolução de problemas identificados na área da saúde mental e psiquiatria e avaliação da sua eficácia;
- . Promoção de momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados prestados e / ou observados, individualmente e também através da partilha com a enfermeira tutora.

4 – Participar em atividades de promoção da saúde mental da população

Atividades a desenvolver:

- . Aplicação de conhecimentos adquiridos, desenvolvendo competência em executar e / ou participar em intervenções terapêuticas;
- . Colaboração em intervenções planeadas e não planeadas.

5 – Efetuar um Estudo de Caso

Módulo II - Serviço C4 do Hospital Magalhães de Lemos

1 – Desenvolver competências na avaliação do doente psiquiátrico

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Entrevistas informais com a equipa multidisciplinar.

2 - Construir e reavaliar, de forma crítica, o Processo de Enfermagem utilizando a linguagem CIPE e o aplicativo informático SAPE

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Entrevistas e discussões informais com o enfermeiro tutor e restantes enfermeiros do serviço.

3 – Identificar as necessidades específicas do doente, visando a qualidade dos cuidados de Enfermagem, satisfação do doente e minimizar o impacto negativo da doença mental

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Entrevistas informais com a equipa multidisciplinar;
- . Caracterização das necessidades dos utentes;
- . Realização de Intervenções planeadas, não planeadas e Psicoterapêuticas adequadas.

4 - Desenvolver competências na prestação de cuidados (de âmbito individual e / ou de grupo) ao doente psiquiátrico

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Entrevistas informais com os enfermeiros do serviço;
- . Treino de intervenções específicas quer a nível individual (exemplo: Relação de Ajuda, Reestruturação Cognitiva, Modificação Comportamental, etc.) quer através de dinâmicas de grupo, sempre que possível e adequado.

Módulo III – Unidade de Desabituação do Norte, Matosinhos

1 – Identificar as necessidades específicas dos doentes internados nesta Unidade

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Entrevistas informais com a equipa multidisciplinar;
- . Observação participada das atividades desenvolvidas pela equipa;
- . Caracterização das necessidades do doente;
- . Entrevistas informais com o doente.

2 – Desenvolver competências na avaliação do doente com problemática aditiva

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Entrevistas informais com a equipa multidisciplinar.

3 – Desenvolver competências na prestação de cuidados (de âmbito individual e / ou de grupo) aos doentes da Unidade, proporcionando intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde mental e psiquiatria

Atividades a desenvolver:

- . Pesquisa bibliográfica;
- . Entrevistas informais com a equipa multidisciplinar;
- . Caracterização das necessidades dos doentes;
- . Treino de intervenções específicas quer a nível individual (exemplo: Relação de Ajuda, Reestruturação Cognitiva, Modificação Comportamental, etc.) quer através de dinâmicas de grupo, sempre que possível e adequado.

4 – Participar nas atividades de prevenção de recaída dinamizadas pela equipa de enfermagem da UDN

Atividades a desenvolver:

- . Aplicação de conhecimentos adquiridos, desenvolvendo competência em executar e / ou participar em intervenções terapêuticas;
- . Colaboração em intervenções planeadas e não planeadas;
- . Sugestão de alterações que visem a melhoria / eficácia das mesmas.

5 – Efetuar um Estudo de Caso

4. Conclusão

Ao elaborar este Projeto, penso ter conseguido explicitar com clareza os aspetos enumerados inicialmente e atingido os objetivos a que me propus para a sua realização. Permitiu-me traçar um fio condutor que se tornará imprescindível para o percurso que me encontro prestes a iniciar.

No entanto, devo salvaguardar que ao longo do Estágio, este Projeto pode e deve ser reformulado uma vez que deparando-me com as diferentes realidades irei provavelmente sentir necessidade de estabelecer novos objetivos e por consequente novas atividades a desenvolver; também o facto de não conhecer aprofundadamente essas mesmas realidades pode fazer com que não seja possível atingir determinados objetivos que me parecem agora possíveis.

Espero conseguir atingir os objetivos traçados, tirar o maior proveito das experiências pelas quais vou passar, permitindo-me uma maior aquisição de conhecimentos e competências na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, possibilitando-me um melhor crescimento profissional no âmbito da prestação de cuidados e também ao nível da satisfação e realização pessoal.

A falta de conhecimento aprofundado das realidades onde irei desenvolver o meu Estágio, aliada ao facto de não prestar funções especificamente na área da Saúde Mental e Psiquiatria causaram algum entrave à elaboração do cronograma que nos foi solicitado.

Bibliografia

. FORTIN, Marie Fabianne – **O Processo de Investigação**. Loures: Lusociência, 1999.
ISBN: 972-8383-10-X

. Material didático das aulas do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

. ORDEM DOS ENFERMEIROS. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento nº 129/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro. Diário da República, 2ª série, N° 35

. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, Porto, 2010

Anexos

Anexo I

Horário planejado

Horário de Estágio

	Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Mód. I	Abril																															
	Maio			M	T	M	T			M	M	M		M			M			M	M				M		M	M/T			M	M
	Junho						M		M							M/T	M	T					M	M		M						
		180 Horas																														
Mód. II	Outubro				M		M	M			M			T	M				M		M	T			M		M	T	M			
	Novembro		T	M				M	T	M	T	M			T	M						M	T	M								
		173 Horas																														
Mód. III	Novembro																													M		
	Dezembro		T						T				T	T	T	T						T										
	Janeiro							T			M	M		M	T		T	M		M	M		T		M	T					M	
	Fevereiro	T																														
		166 Horas																														
Legenda:		M – 08h00-15h00 M – 08h00-16h30 M/T – 08h00-20h00 T – 14h00-21h00 T – 14h00-24h00 T – 13h00-20h00 M – 08h00-15h30																														

ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DOS MÓDULOS DE ESTÁGIO

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE S. MAMEDE DE INFESTA

A UCCSMI assenta sobre três pilares: missão, visão e valores.

Missão:

Prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, integrados e especializados à população das freguesias de S. Mamede de Infesta e Leça do Balio de modo a dar respostas às necessidades identificadas, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, propõe-se contribuir para o cumprimento da missão do ACES da ULSM.

Visão:

Utente / família e comunidade como parceiros diretos na melhoria da qualidade de vida, estando a UCCSMI comprometida desde a promoção, tratamento e reabilitação da saúde (paliativos) num contexto de proximidade e numa abordagem potencialmente meso e macrossistémica.

Valores:

Crucial importância do empoderamento comunitário no plano intra-pessoal, interpessoal e organizacional, com uma intervenção baseada em padrões de qualidade e tendo como base o planeamento em saúde, para a adequada e equitativa distribuição dos recursos em prol da saúde da comunidade abrangida.

Caracterização física

Rua Godinho Faria, 731

4465-156 S. Mamede de Infesta

Piso 0 – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados S. Mamede de Infesta

Piso 1 – Unidade de Saúde Familiar Infesta

Piso 2 - UCCSMI

Tel: 229051460

Fax: 229051461

e-mail: uccsmi@ulsm.min-saude.pt

Horário de funcionamento: 08h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira

A Carteira de Programas

- ✓ Programa de Saúde Escolar
 - Necessidades de Saúde e Educativas Especiais
 - Saúde Escolar Inclusa
 - SM(I)mune
 - Pediculose
 - Bullying
 - Prevenir e Intervir
 - Rota dos Sentimentos

- Fada Dentinho
- PASSE
- Sorrisos
- ✓ Programa de Saúde Materno-Infantil
 - Bem-me-Quer SMI
- ✓ Programa de Saúde Infanto-Juvenil
 - Centro de Atendimento a Jovens (CAJ)
 - Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NACJR)
- ✓ Programa de Enfermagem de Reabilitação
 - “Para além do AVC”
 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
 - Reabilitação do utente com prótese de anca – Articulação com o Projecto CEDO
- ✓ Programa de Saúde do Adulto / Idoso
 - Viver melhor com Ostomia
 - Põe-te a mexer em casa
 - Clube dos Andantes
 - Consulta Hipocoagulação
- ✓ Programa de Saúde Mental e Psiquiatria
 - Promoção da Saúde Mental do Idoso
 - Promoção da Saúde Mental do Cuidador Informal
 - Saúde Mental da População da área de abrangência da UCCSMI
- ✓ Programa de Cuidados Continuados e Paliativos

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
- Cuidados Paliativos no domicílio
- ✓ Grupo de Risco: Diabetes
- Educação Terapêutica ao Diabético

A Equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta

Coordenadora - Enfermeira Sandra Moreira (Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria)

Ana Castro – Médica de Medicina Geral e Familiar

Clara Aires – Enfermeira Especialista em Saúde Materna

Cláudia Figueiredo – Enfermeira Especialista em Reabilitação

Cristina Cravo – Assistente Social

Elisa Dias – Assistente Técnica

Elisabete Moura – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Elisabete Rodrigues – Enfermeira Especialista em Reabilitação

Elizabeth Braga – Fisioterapeuta

Elsa Rodrigues – Enfermeira Pós-Graduada em Cuidados Paliativos

Helena Magalhães – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Ilda Campos – Médica Pós-Graduada em Cuidados Paliativos

Isabel Lourenço – Médica de Medicina Geral e Familiar

Iva D’Alte – Psicóloga

Joana Vieira – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

José Reis – Médico de Medicina Geral e Familiar

Mafalda Oliveira – Nutricionista

Margarida Oliveira – Enfermeira Pós-Graduada em Atividade Física e Saúde

Maria Isabel Nora – Assistente Operacional

Paula Rodrigues – Assistente Operacional

Pedro Melo – Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

O Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso”

Responsável Coordenação: Sandra Moreira

Responsáveis Projeto: Sandra Moreira / Elisabete Moura

Responsáveis Execução: Sandra Moreira / Elisabete Moura

Entidades Intervenientes: UCCSMI / Equipa de Saúde Familiar (articulação)

População Alvo:

Os utentes inscritos no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta com idade igual ou superior a 65 anos inscritos em Famílias Unipessoais ou que residam sozinhos (calculam-se uma média de 1000 utentes – fonte: SINUS)

Objetivo:

Promover a saúde mental na população com idade igual ou superior a 65 anos da área geodemográfica abrangida pelo Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta, com isolamento social

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar o risco em saúde em enfermagem de saúde mental em 99% dos idosos da área de atuação da UCCSMI, em isolamento social, após referenciação;
- ✓ Efecuar visitação domiciliária a 99% dos idosos identificados da área de atuação da UCCSMI;
- ✓ Aplicar os instrumentos psicométricos a 99% dos idosos identificados, de acordo com as áreas de intervenção em Enfermagem de Saúde Mental;
- ✓ Categorizar 99% dos idosos identificados, de acordo com as áreas de intervenção em Enfermagem de Saúde Mental, de acordo com os instrumentos psicoméricos aplicados;
- ✓ Promover a adesão de 10% dos utentes da população alvo a grupos de apoio;
- ✓ Promover a adesão de 50% da população alvo ao projeto;
- ✓ Atingir um grau de satisfação de 10% da população abrangida pelo projeto.

Estratégias de Intervenção:

- ✓ Consultas de enfermagem programadas e especializadas a implementar na população com mais de 65 anos inscrita no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta para aplicar uma entrevista individual a estes utentes, sem alteração da capacidade cognitiva e com capacidade de colaboração na entrevista. Na consulta de enfermagem serão aplicados instrumentos psicométricos.
- ✓ Criação de uma linha telefónica de apoio para os indivíduos com mais de 65 anos de idade de modo a que a acessibilidade aos cuidados de saúde e às

necessidades da população alvo sejam atendidas. Neste sentido, será realizado um documento informativo do horário de possibilidade de contacto.

Crítérios de Referenciação:

- ✓ Indivíduos com mais de 65 anos de idade que residam sozinhos na área de atuação da UCCSMI;
- ✓ Indivíduos com mais de 65 anos de idade que estejam inscritos em processos unipessoais;
- ✓ Indivíduos com mais de 65 anos que residam sozinhos na área de atuação da UCCSMI com focos de atenção para intervenção de enfermagem, especificamente: auto-imagem; imagem corporal; identidade pessoal; bem-estar (físico, psicológico, emocional e espiritual); emoção (ansiedade, medo, angústia, solidão, tristeza); memória (curto prazo, longo prazo, orientação, cognição).

CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL MAGALHÃES LEMOS E.P.E. E DO SERVIÇO DE AGUDOS C (UNIDADE C4)

O Hospital Magalhães de Lemos, EPE, hospital de referência da Região Norte em cuidados de psiquiatria e saúde mental, fica localizado nos limites dos concelhos do Porto e Matosinhos, situando-se na rua Professor Álvaro Rodrigues, na freguesia de Aldoar, ocupando uma área de 120.000m².

A área assistencial do Hospital é a atribuída na Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental, e no Plano de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, em vigor, podendo estabelecer parcerias ou contratos com entidades e serviços públicos, privados ou do setor social, com a finalidade de complementar a sua atividade ou prosseguir o processo de reabilitação e de reinserção familiar, profissional e comunitária dos seus utentes.

O Hospital tem por Missão a prestação de cuidados de saúde especializados de saúde mental e psiquiatria à população adulta da respetiva área geodemográfica, assegurando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de eficiência, efetividade e de satisfação, bem como de projetos de investigação e de formação pré e pós-graduada.

No cumprimento da sua Missão, o Hospital assume os seguintes valores:

Dignidade da Pessoa, pela consideração da sua individualidade e necessidades especiais e no integral respeito pela Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, a Lei de Bases da Saúde e a Lei de Saúde Mental.

Responsabilidade Social, pelo investimento permanente nos seus meios humanos, no ambiente e nas parcerias com a comunidade e outros interessados.

Participação, através do reforço do trabalho em equipa, da responsabilidade pessoal, integridade, inovação, confiança e comunicação.

Transparência nos processos de decisão, através do recurso a critérios explícitos e a adequada fundamentação e publicidade dos atos.

Melhoria contínua dos processos, competências e serviços base da prestação de cuidados, da formação e da investigação.

O Serviço de Agudos C é constituído por duas unidades de internamento designadas de C3 e C4, situadas respetivamente no 1º andar e no r/chão do Pavilhão C do HML.

Cada Unidade tem a lotação de vinte e três camas mais uma suplementar e a área assistencial compreende preferencialmente doentes provenientes do Porto, Matosinhos e “fora de área”.

A Diretora de Serviço (Drª Ana Reis) é coadjuvada na Unidade C3 pelo Dr Virgílio Henrique e na Unidade C4 pela Drª Ana Cristina.

A Enfermeira Chefe (Enfª Lurdes Nogueira) é coadjuvada na Unidade C3 pela Enfermeira Fernanda Dias (substituída nas ausências ou impedimentos pela Enfermeira Cândida Mendonça) e na Unidade C4 pela Enfª Armanda Dias (substituída pelo Enfº Rui Alferes).

Estrutura física

As Unidades de Internamento C3 e C4 são constituídas por:

- duas enfermarias com oito camas para indivíduos do sexo feminino a que correspondem três casas de banho;
- duas enfermarias com dez camas para indivíduos do sexo masculino a que correspondem três casas de banho;
- cinco quartos individuais, que podem ser utilizados por indivíduos do sexo masculino ou feminino a que corresponde uma casa de banho;
- uma sala de trabalho de enfermagem;
- duas casas de banho destinadas aos profissionais do serviço;
- um gabinete para a Enfermeira Chefe;

- um gabinete para a Diretora do serviço;
- três gabinetes multidisciplinares;
- uma sala de trabalho de enfermagem;
- um gabinete para atividades de enfermagem;
- uma copa e um refeitório;
- uma sala de convívio para doentes internados;
- uma sala de atividades / reuniões;
- uma sala destinada a doentes fumadores;
- uma sala de visitas;
- duas casas de banho para doentes situadas no corredor principal do serviço;
- um vestiário;
- uma arrecadação para stocks;
- uma arrecadação para “sujos”.

Recursos Humanos

A equipa de profissionais do Serviço C é constituída por:

- Médica Diretora do Serviço;
- Médico Responsável da Unidade C3;
- Médico Responsável da Unidade C4;
- Enfermeira Chefe;
- Vinte e três Enfermeiros;

- Quatro Assistentes Sociais;
- Duas Psicólogas;
- Dezas seis Assistentes Operacionais;
- Uma Secretária da Unidade.

Na Unidade C4, dos doze Enfermeiros que compõem a equipa, seis são especialistas em SMP.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO NORTE

O Instituto Português da Droga e da Toxicodependência foi criado em 1999, sendo extinto o Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga bem como o Projeto Vida.

O IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) resulta da união entre o Serviço de Prevenção e de Tratamento da Toxicodependência e o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, que aconteceu em 2002. Esta fusão permitiu garantir a unidade intrínseca do planeamento, da conceção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no domínio da droga e da toxicodependência. Para além disso, torna-se num instituto com autonomia administrativa e com património próprio, executando a sua atividade sob a tutela e fiscalização do Ministério da Saúde.

A designação de Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. surge com base na nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde em 2007 e tem como missão *promover a redução do consumo de drogas ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências*. A esta estrutura juntou-se também os Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul.

Este instituto é composto por *serviços centrais e por serviços descentrados, estes designados por delegações regionais e por unidades de intervenção local*.

Existem várias unidades de intervenção local que intervêm nas várias áreas de prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção social. Estas unidades são:

- Os Centros de Resposta Integradas, constituídos por equipas a definir no regulamento interno, e cujo número não pode ser superior a vinte e dois;
- As Unidades de Desabitação, cujo número não pode ser superior a cinco;
- As Comunidades Terapêuticas, cujo número não pode ser superior a três;
- As Unidades de Alcoologia, cujo número não pode ser superior a três.

Missão: Promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a redução das toxicodependências.

Visão: Ser a entidade nacional de referência, com reconhecimento internacional, pela intervenção nas condutas aditivas.

Os **Valores** definidos para o IDT, IP são:

- Humanismo;
- Pragmatismo;
- Territorialidade;
- Centralidade no cidadão;
- Integração de respostas;
- Qualidade das intervenções;
- Qualificação dos profissionais.

No âmbito da reestruturação da administração central aprovada a 15 de Setembro de 2011 em Conselho de Ministros, é determinada a extinção do IDT sendo as Administrações Regionais de Saúde as novas responsáveis pelo “licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das toxicodependências e da execução dos programas de intervenção local”. Esta extinção prevê que o antigo IDT seja transformado numa direção geral – Serviço de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).

Âmbito de Atuação

Tratamento – A UDN é um serviço de internamento fechado para tratamento de desintoxicação de clientes de ambos os sexos dependentes de substâncias psicoativas

(heroína, cocaína, benzodiazepinas, haxixe, álcool e agonistas não prescritos) e para clientes em tratamento com agonistas opiáceos (indução, descontinuação, ajuste de dose, desintoxicação de substâncias com consumos problemáticos concomitantes), quando não existem condições físicas e / ou sociais para tratamento ambulatorio.

Esta Unidade recebe clientes de toda a zona Norte.

Formação – A UDN tem a responsabilidade de dar resposta à Formação Profissional e / ou Curricular de profissionais ou estudantes da área da saúde.

Investigação – Investigação Interna (elaboração de trabalhos e reflexão sobre os trabalhos realizados) e Externa (colaboração com profissionais de outras instituições).

Estrutura física da UDN

- ✓ 8 enfermarias: 22 camas + 1 quarto de isolamento;
- ✓ Gabinete de enfermagem;
- ✓ Gabinete da enfermeira chefe;
- ✓ Sala de lazer (TV, sala de fumo, matraquilhos, ping-pong, livros, jogos);
- ✓ Sala de Terapia Ocupacional;
- ✓ 3 Salas de atividades;
- ✓ Secretaria;
- ✓ 2 gabinetes médicos;
- ✓ Refeitório;
- ✓ Arrecadações;
- ✓ Sala de Acolhimento;
- ✓ Vestiários.

Recursos Humanos da UDN

- ✓ 13 enfermeiros (enfermeira chefe + 3 enfermeiros especializados em SMP + 2 enfermeiros especializados em EC + 4 enfermeiros graduados + 3 enfermeiros)
- ✓ 2 médicas psiquiatras da UDN;
- ✓ 2 médicos psiquiatras da UA que colaboram com a UDN;
- ✓ 11 médicos à chamada, durante a noite e fins de semana;
- ✓ 13 assistentes operacionais;
- ✓ 2 terapeutas ocupacionais;
- ✓ 1 administrativa.

Serviços contratados pela UDN:

- ✓ Empresa de segurança;
- ✓ Empresa de higiene das instalações;
- ✓ Empresa de catering;
- ✓ Empresa de lavanderia;
- ✓ Farmácia.

Circuito do Doente na UDN

Os utentes são orientados para a UDN pelos respetivos terapeutas do CRI de origem, que podem ser psiquiatras, psicólogos os assistentes sociais bem como profissionais mandatados pelos tribunais. Estes enviam uma proposta de internamento, que é avaliada pelos médicos de serviço com o intuito de auferir se os clientes têm condições para serem internados e posteriormente são chamados para o internamento.

Dependendo da substância ou substâncias que vêm desintoxicar, os clientes ficam internados uma (heroína e cocaína) a duas semanas (álcool, metadona e buprenorfina) para tratamento.

O internamento é em regime de porta fechada, isto é, não pode ter qualquer contacto com o exterior.

O primeiro contacto entre o cliente e o enfermeiro tem lugar na consulta de admissão.

O enfermeiro acolhe o cliente e a família e realiza uma consulta de acolhimento onde lhes é explicado o funcionamento e regras do serviço. Neste momento é efetuada uma colheita de dados onde, para além de outros itens, se avalia as expectativas do cliente face ao internamento. Esta consulta tem o intuito do levantamento dos focos de atenção de enfermagem. No final da consulta e se o cliente concordar com o que a unidade tem para oferecer, é assinado um contrato terapêutico (consentimento informado).

Após esta consulta, o cliente entra nas instalações e é acompanhado por um assistente operacional que realiza uma inspeção, isto é, inspeciona as roupas e tudo o que traga consigo para não haver risco de introduzir drogas ou armas no serviço. Para que esta inspeção seja completa, o cliente terá que realizar um duche supervisionado.

Dentro das instalações é dado a conhecer o espaço físico e apresentam-se os clientes que já se encontram em tratamento; posteriormente, o cliente é observado por um dos médicos psiquiatras que realiza uma avaliação do seu estado físico e mental. Este é um espaço onde o cliente também poderá esclarecer algumas questões acerca do seu tratamento.

Durante todo o internamento os clientes têm horários a cumprir, nomeadamente nos cuidados de higiene, alimentação, lazer, etc.

Ao longo do dia são efetuadas várias **atividades programadas**:

- ✓ Reunião diária da equipa multidisciplinar;
- ✓ Reunião comunitária;
- ✓ Atividades programadas pelos terapeutas ocupacionais, que passam pela atividade desportiva, jogos sócio-recreativos, atividades criativas, etc.;
- ✓ Sessões de relaxamento, no turno da noite, baseadas no treino de relaxamento progressivo de Bernstein & Borkovec, uma versão modificada do relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Estas sessões têm o objetivo de aliviar sintomas e proporcionar descontração e repouso, diminuindo o recurso a terapia farmacológica;
- ✓ Aos fins de semana são também realizadas sessões de educação para a saúde. Nestas sessões são abordados diversos temas, nomeadamente doenças infeto-contagiosas, cuidados a ter com a Naltrexona, programas de substituição opiácea, etc.. Os enfermeiros avaliam os conhecimentos que os clientes possuem sobre estes temas e esclarecem possíveis dúvidas.

A alta clínica é programada. Os tutores dos clientes são avisados previamente, bem como os seus terapeutas do CRI. Os clientes saem com uma primeira consulta marcada com o objetivo de manter a continuidade de cuidados em ambulatório. Dependendo do seu projeto, podem sair com a indução do antagonista de opiáceos ou aversivo do álcool, tendo que ser devidamente esclarecidos acerca desta medicação. Por vezes, são diretamente encaminhados para uma comunidade terapêutica. Isto depende do projeto terapêutico estabelecido com o terapeuta do CRI de origem.

A alta também pode ser disciplinar, quando o cliente infringe regras do contrato terapêutico ou a pedido do cliente tendo que, para isso, assinar um termo de responsabilidade.

Atividades de Enfermagem desenvolvidas na UDN

- ✓ Manhã (08h-14h00)
 - Assistir à passagem de turno;
 - Preparar / administrar terapêutica;
 - Consulta de seguimento de Enfermagem;
 - Participar na reunião da equipa multidisciplinar e comunitária;
 - Consulta de admissão de clientes;
 - Preparar / efetuar altas clínicas;
 - Rever terapêutica;
 - Supervisionar alimentação;
 - Repor stocks;
 - Documentar as ações / intervenções de Enfermagem.

- ✓ Tarde (14h-20h00 ou 14h-24h00)
 - Assistir à passagem de turno;
 - Preparar / administrar terapêutica;
 - Consulta de seguimento de Enfermagem;
 - Repor stocks;
 - Rever terapêutica;
 - Realizar terapia (prevenção da recaída);
 - Supervisionar alimentação;
 - Realizar sessões de Educação para a Saúde (fim de semana);

- Documentar as ações / intervenções de Enfermagem.
-
- ✓ Noite (20h-08h00)
 - Assistir à passagem de turno;
 - Preparar / administrar terapêutica;
 - Realizar sessão de relaxamento;
 - Vigiar sono / repouso;
 - Documentar as ações / intervenções de Enfermagem

Plano Semanal de Prevenção de Recaída Efetuada pela Equipa de Enfermagem

Horas Dias	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
10h30 – 12h00						Grupo I 2ª sessão	
14h30 – 16h00						Grupo I (EPS)	Grupo I (EPS) 3ª sessão
						Grupo II (EPS)	Grupo II (EPS)
						Grupo III (EPS)	Grupo III (EPS)
17h30 – 19h00			Grupo I 1ª sessão				
					Grupo II 4ª sessão	Grupo II 5ª sessão	Grupo II 6ª sessão
	Grupo III e II (Metadona e Suboxone) 2ª sessão	Grupo III e II (Metadona e Suboxone) 3ª sessão		Grupo III e I (Metadona e Suboxone) 1ª sessão			

Legenda:

- Grupo I – Alcoólicos 1ª semana
 Grupo I – tratamento c/ agonistas opiáceos 1ª semana
 Grupo II – Alcoólicos 2ª semana
 Grupo II – tratamento c/ agonistas opiáceos 2ª semana
 Grupo III - Ilícitas
- Verde – Prevenção Recaída Álcool
 Amarelo – Prevenção Recaída Ilícitas
 Cinza – Educação para a Saúde
- EPS – Ao Sábado, sobre temas variados
 EPS – Ao Domingo, sobre Malefícios do Álcool

ANEXO III – REGISTO DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS

REGISTO DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS

As visitas domiciliárias foram efetuadas no decorrer do Módulo I, que teve lugar na UCCSMI, aquando da implementação do Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso”. Foram previamente agendadas através de contacto telefónico com os utentes e estiveram presentes, para além de mim, as Enfermeiras Especialistas em SMP.

As visitas iniciaram-se com a aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE, para averiguar se os utentes tinham capacidade cognitiva para serem incluídos no respetivo Projeto). Posteriormente, foram recolhidos alguns dados sociodemográficos bem como relativos ao nível de dependência nos autocuidados, atividade física e recreativa; relação com amigos, vizinhos e familiares e respetivos apoios com que podiam contar; estilos de vida; capacidade de gestão e adesão ao regime terapêutico; perceção da sua saúde, etc. De uma forma geral, pretendeu-se avaliar a satisfação dos utentes com a vida, as suas crenças e espiritualidade e o seu nível de bem-estar físico, psicológico e emocional, bem como averiguar se possuíam planos para o futuro e esperança no mesmo.

Uma vez que este Projeto se encontrava numa fase inicial de implementação, o objetivo primordial nesta fase era uma adequada caracterização da população abrangida para uma posterior adequada intervenção no âmbito específico da Enfermagem de Saúde Mental.

Para além da aplicação dos questionários, pudemos observar os utentes no seu contexto real e usufruir dos muitos benefícios (anteriormente já relatados) que a Visitação Domiciliária pode trazer para a prestação de cuidados.

As referidas visitas foram efetuadas:

- . 05/05/2011 – Visita Domiciliária à utente J. R. M. C. R. (manhã)
- . 10/05/2011 – Visita Domiciliária à utente L. E. P. C. (manhã)
- . 10/05/2011 – Visita Domiciliária ao utente M. M. S. (manhã)

- . 11/05/2011 – Visita Domiciliária à utente A. J. B. (manhã)
- . 11/05/2011 – Visita Domiciliária à utente C. C. S. (manhã)
- . 11/05/2011 – Visita Domiciliária à utente M. G. Q. (manhã)
- . 11/05/2011 – Visita Domiciliária à utente P. R. L. (manhã)
- . 16/05/2011 – Visita Domiciliária à utente G. V. T. (manhã)
- . 16/05/2011 – Visita Domiciliária ao utente A. L. C. (manhã)
- . 16/05/2011 – Visita Domiciliária à utente B. A. F. (manhã)
- . 19/05/2011 – Visita Domiciliária à utente M. L. F. S. (manhã)
- . 19/05/2011 – Visita Domiciliária à utente R. M. J. T. (manhã)
- . 20/05/2011 – Visita Domiciliária à utente L. S. J. (manhã).
- . 24/05/2011 – Visita Domiciliária à utente L. M. M. S. S. (manhã)
- . 24/05/2011 – Visita Domiciliária à utente I. S. (manhã)
- . 26/05/2011 – Visita Domiciliária à utente F. M. G. M. (manhã)

ANEXO IV – REGISTO DAS SESSÕES DE TÉCNICA DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

SESSÕES DA TÉCNICA DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA (TRC)

As sessões da Técnica de Reestruturação Cognitiva foram desenvolvidas ao longo do Módulo I que teve lugar na UCCSMI. O modo como foram planeadas e implementadas encontra-se descrito de forma pormenorizada no primeiro Estudo de Caso (anexo V).

Esta técnica foi desenvolvida em três sessões, sendo que, para concretizar cada uma delas, recorreu-se a visitas domiciliárias à utente em questão, efetuadas por mim e pelas enfermeiras Especialistas em SMP, após contacto telefónico com a utente. Previamente ao início das sessões, foram efetuadas duas visitas que possibilitassem o estabelecimento de uma relação terapêutica com a utente.

Visita domiciliária efetuada a 31/05/2011 – 1º contacto

Foi aplicado o MMSE, tendo obtido um score de 28. De imediato, pudemos perceber (através da linguagem verbal, para-verbal e não-verbal) o processo depressivo e de luto patológico que a utente estava a atravessar. Referiu também que o facto de ver uma das enfermeiras que acompanhou a fase terminal do seu marido, fez com que se recordasse dele e lhe causasse a angústia que estava a sentir.

Iniciámos a visita com a colheita de alguns dos dados que constam na avaliação inicial do estudo de caso. Nesta entrevista, pudemos ainda identificar uma gestão ineficaz do regime medicamentoso (com dose e horário das tomas inadequados) e alimentar, autocuidados: atividade recreativa e atividade física negligenciados, diminuição da auto-estima, tristeza e interação social diminuída.

Depois de explicado o propósito da nossa visita, combinámos um novo contacto para podermos aplicar os instrumentos psicométricos e melhor identificar os problemas existentes para uma adequada intervenção terapêutica e psicoterapêutica.

Visita domiciliária efetuada a 08/06/2011 – 2º contacto

Começámos a visita procedendo à colheita de dados de forma mais informal.

Nesta visita e, para uma melhor caracterização dos fenómenos de enfermagem e adequação das respetivas intervenções, aplicámos os seguintes instrumentos: Escala de Depressão de Hamilton, Escala de Bem-estar Psicológico – versão reduzida, Escala de Bem-estar Subjetivo e Escala de Auto-Estima de Rosenberg.

Visita domiciliária efetuada a 15/06/2011 – 1ª sessão de TRC

Tendo em conta os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos psicométricos, pareceu-nos adequado utilizar a terapia cognitiva como meio de reestruturar a maneira como a utente se vê a si própria, aos outros e em relação ao futuro.

Foi explicada à utente o objetivo daquilo que pretendíamos fazer, situação que a mesma, prontamente aceitou.

Apesar de ter frequentado a escola até à terceira classe, a utente não sabe escrever (apenas o seu nome) pelo que, para o preenchimento do quadro que traduz a aplicação da terapia cognitiva, tivemos que recolher os dados nesse mesmo dia ou pedir para que fosse pensando sobre uma determinada situação e, na sessão seguinte, pedíamos para que nos dissesse naquilo em que tinha pensado.

Nesta primeira sessão de terapia cognitiva, foi então pedido à utente que nos dissesse como se estava a sentir. Depois, utilizando um quadro de quatro colunas, escrevemos na primeira aquilo que a utente relatou como sendo os seus problemas e dificuldades e na segunda, os sentimentos associados a estes mesmos problemas / dificuldades.

No final, foi feita uma síntese e avaliação da sessão e foi informada a utente das atividades a desenvolver na próxima sessão, pedindo-lhe que fosse pensando em aspetos positivos da sua vida.

Visita domiciliária efetuada a 17/06/2011 – 2ª sessão de TRC

Nesta segunda sessão de terapia cognitiva, fizemos um resumo da sessão anterior e explicado o que se pretendia atingir com esta.

Quando lhe solicitámos que nos dissesse os aspetos positivos da sua vida (que já lhe tínhamos pedido para ir pensando), disse-nos que não tinha nenhum e que se tinha esquecido do trabalho de casa. Após alguma insistência da nossa parte, foi acabando por referir vários aspetos e pessoas significativas na sua vida.

Tentámos que nos dissesse que estratégias utilizaria em situações difíceis mas não nos conseguiu dizer. Após darmos um exemplo, pedimos-lhe que fosse pensando em mais possíveis situações difíceis e como ia resolvê-las, para nos responder na próxima sessão.

Foi efetuado um resumo da sessão e perguntámos-lhe se considerava que a nossa presença e as sessões de terapia cognitiva estavam a ser positivas para ela. Referiu que sim pois tinha muita confiança em nós, nos nossos conhecimentos e no facto que, todas as nossas intervenções, eram no sentido de melhorar a sua situação.

Até à próxima sessão, foi negociado com a utente a manutenção dos aspetos anteriormente negociados e a aquisição de uma bengala para evitar as quedas frequentes que tinha vindo a sofrer.

Visita domiciliária efetuada a 22/06/2011 – 3ª sessão de TRC

Pudemos constatar que interiorizou o hábito de efetuar mais uma refeição por dia e a sopa faz agora parte integrante da dieta habitual. No entanto, continua sem ter adquirido uma bengala mas disse-nos com bastante convicção que iria pedir à filha que na próxima semana fosse com ela ao centro comercial comprar uma que fosse do seu agrado.

Em relação ao que lhe tínhamos pedido para tentar fazer (pensar em problemas / situações possíveis da sua vida e como os poderia solucionar), disse-nos não ter pensado em nada pois a “cabeça não permitia” (sic). Apesar da utente não saber escrever, sabe ler e tínhamos-lhe entregue uma lista com os tópicos necessários para que não se esquecesse mas, mesmo assim, não foi suficiente. Desta forma e numa tentativa de ultrapassar esta situação, demos-lhe dois exemplos concretos de eventuais problemas para a D. P. tentar solucionar.

A utente expressou o seu agrado ao termos utilizado este exercício uma vez que considerou ser bastante útil na solução de futuros problemas. Salientámos a importância

deste trajeto ser desenvolvido por si e incentivámos novamente a que dedicasse algum tempo numa tentativa de encontrar outros problemas / soluções.

Uma vez que constatámos que se mantém sem qualquer atividade física ou recreativa e continua a dormir excessivamente, combinámos com a utente (após esta nos dizer aquilo que considerava importante fazer) que até à próxima sessão iria:

- adquirir uma bengala;
- passar a ferro os lençóis que estão lavados há cinco meses (desde que o Sr. S. faleceu);
- assistir ao noticiário na televisão;
- retirar os tapetes do corredor para que minimizasse o risco de queda.

Revelou ainda estar muito satisfeita com o plano terapêutico que lhe elaborámos e que, inclusive, no dia anterior, tinha ido à consulta médica e de enfermagem ao centro de saúde e que orgulhosamente o tinha levado para mostrar.

Atualizou o plano vacinal bem como a restante vigilância de saúde.

ANEXO V – ESTUDO DE CASO (MÓDULO I)



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de Caso

Estágio – Módulo I – Promoção de estilos de vida saudáveis, Diagnóstico e Prevenção

Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta

Aluno: Carla Sofia da Silva Figueiredo

Sob orientação de: Professora Emília Preciosa Carvalho

Porto, Junho de 2011

*"Donde vem esta doce esperança, este desejo profundo,
Este anseio pela imortalidade?
Donde vem este medo secreto, este horror íntimo,
De cair no nada?
Porque se retrai a alma,
E estremece diante da destruição?
É a divindade que se agita em nós; É o céu que aponta o
Futuro e anuncia a eternidade ao Homem.
ETERNIDADE! Pensamento doce e horrível!"*

Addison

0 – INTRODUÇÃO	5
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1 Depressão.....	7
1.2 Processo de Luto	11
1.3 Auto-estima.....	12
1.4 Terapia Cognitiva.....	14
2 – ESTUDO DE CASO	18
2.1 – Avaliação Inicial de Enfermagem	18
2.2 – Terapêutica atual	34
2.2.1 – Motivo da toma de cada medicação atual.....	35
2.2.2 – Principais efeitos secundários dos fármacos prescritos.....	38
2.3– Processo de enfermagem	41
3 – DISCUSSÃO	45
4 – CONCLUSÃO.....	46
5 - BIBLIOGRAFIA.....	47

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Depressão de Hamilton

ANEXO II - Escala de Auto-Estima de Rosenberg

ANEXO III - Mini Mental State Examination

ANEXO IV - Escala de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida

ANEXO V - Escala de Bem-Estar Subjetivo

ANEXO VI - Quadro utilizado nas sessões de Terapia Cognitiva

ANEXO VII - Plano Terapêutico

SIGLAS

Bpm – batimentos por minuto

CPM – ciclos por minuto

DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

IMC – Índice de Massa Corporal

MMSE – Mini-Mental State Examination

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

SNC – Sistema Nervoso Central

SSRIs – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

T. A. – Tensão Arterial

UCCSMI – Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta

0 – INTRODUÇÃO

A realização deste estudo de caso insere-se no âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Módulo I, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta no período de 27 de Abril a 25 de Junho de 2011.

Segundo Fortin (1996), *“O estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”*. De acordo com Robert (1988, citado por Fortin, 1996) este tipo de estudo compreende duas finalidades essenciais – *“(...)pode servir para aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo e ter por principal objetivo a elaboração de hipóteses novas ou pode servir para estudar o efeito de uma mudança num indivíduo”*.

Citando Bocchi, Pessuto e Dell’Aqua (1996), atualmente, o estudo de caso *“(...) reserva-se principalmente a alunos, com a finalidade principal de favorecer o ensino-aprendizagem no campo de estágio”*.

Para a concretização deste trabalho, foi utilizada uma seleção intencional e de conveniência. Foi selecionada uma utente do Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta cujas características permitiam inseri-la no Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso”, uma vez que tem mais do que 65 anos, está inscrita numa família unipessoal e reside sozinha na área de abrangência da UCCSMI. Está viúva há cerca de quatro meses e a equipa da UCC acompanhou a fase terminal do seu marido, o que nos permitiu uma mais fácil abordagem.

Salvaguardando a proteção da confidencialidade de dados, no respeito pelo disposto na Lei de Bases da Saúde, na alínea d) do ponto 1) da sua Base XIV, respeitante ao direito dos utentes a terem *“[...] rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados; [...]”*, e do Dever de Sigilo preconizado no artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros, os nomes dos utentes foram protegidos, sendo apenas utilizadas as suas iniciais.

As observações foram realizadas mediante visitas domiciliárias previamente agendadas e consistiram em pesquisa documental - consulta dos registos de Enfermagem e entrevistas à utente, com a aplicação de vários instrumentos psicométricos que serão apresentados em anexo.

Para a sua elaboração, utilizou-se uma metodologia descritiva e o seu objetivo principal é adquirir um maior conhecimento acerca da avaliação psiquiátrica, elaborar um plano de cuidados personalizado e adequado à utente, identificando os problemas encontrados, as

intervenções implementadas e os resultados obtidos. De forma crítica, irei efetuar uma breve reflexão tendo em conta os ganhos em saúde que se obtiveram e a adequação ou não das estratégias que se adotaram.

Tendo em conta os problemas “major” que foram identificados na utente, ou seja, Depressão, Processo de Luto e Auto-estima e a modalidade terapêutica utilizada para tentar resolver os problemas identificados – a Terapia Cognitiva - este trabalho inicia-se com uma breve abordagem teórica sobre estas realidades, seguindo-se depois o Estudo de Caso, a Discussão e a Conclusão.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I.1 Depressão

Segundo Townsend (2011), “A depressão é provavelmente a mais antiga e ainda uma das mais frequentemente diagnosticadas doenças psiquiátricas”. O mesmo autor define-a como “uma alteração no humor que é expressa por sentimentos de tristeza, desespero e pessimismo. Há uma perda do interesse nas atividades habituais e os sintomas somáticos podem ser evidentes. São comuns alterações no apetite e padrões de sono”.

Segundo a DSM-IV-TR, as perturbações do humor podem ser divididas em perturbações bipolares e perturbações depressivas e, estas últimas, englobam a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação Distímica e a Perturbação Disfórica Pré-Menstrual. Existem critérios de diagnóstico para permitirem incluir um determinado caso numa destas perturbações.

Na Perturbação Depressiva Major, verifica-se uma perturbação no funcionamento social e ocupacional com história de pelo menos duas semanas de evolução, sem antecedentes de comportamentos maníacos e não atribuível ao uso de substâncias ou ao estado físico geral.

Na Perturbação Distímica, as características são muito semelhantes às acima referidas mas um pouco mais leves sendo que os indivíduos que sofrem deste tipo de perturbação, “descrevem o seu humor como triste ou em baixo” (American Psychiatric Association, 2000, citado por Townsend, 2011). Há um humor cronicamente depressivo na maior parte do dia durante pelo menos dois anos.

Para uma melhor adequação a este caso, parece-me indicado apresentar os critérios de diagnóstico (segundo a American Psychiatric Association, 2000) para a Perturbação Depressiva Major e para a Perturbação Distímica e não me parece necessário abordar a Perturbação Disfórica Pré-menstrual.

Crítérios de diagnóstico para a Perturbação Depressiva Major
<p>A – Cinco (ou mais) dos sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é ou (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <p>1. Humor depressivo a maior parte do dia, praticamente todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (sentir-se triste ou vazio) ou por observação feita por outros (parece choroso).</p>

2. Diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades a maior parte do dia, praticamente todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).
3. Perda de peso significativa sem estar de dieta ou ganho de peso (uma alteração de mais do que 5% do peso corporal num mês) ou diminuição ou aumento do apetite praticamente todos os dias.
4. Insónia ou hipersónia praticamente todos os dias
5. Agitação ou lentificação psicomotora praticamente todos os dias (observável por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia praticamente todos os dias.
7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inadequada (podem ser delirantes) praticamente todos os dias (não apenas auto-censura ou culpa por estar doente).
8. Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração ou indecisão, praticamente todos os dias (quer por relato quer por observação dos outros).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B – Nunca houve um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco que não fosse induzido por substâncias ou tratamentos ou devido aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral.

C – Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento.

D – Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou a um estado físico geral.

E – Os sintomas não são melhores explicados por luto (após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma deficiência funcional acentuada, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora).

Critérios de diagnóstico para a Perturbação Distímica

A – Humor depressivo na maior parte do dia, mais frequentemente presente que ausente, conforme indicado por relato ou observação dos outros, há pelo menos dois anos.

B – A presença, enquanto depressivo, de dois (ou mais) dos seguintes:

1. Falta de apetite ou ingestão alimentar excessiva.
2. Insónia ou hipersónia.
3. Pouca energia ou fadiga.
4. Baixa auto-estima.
5. Dificuldade de concentração ou em tomar decisões.
6. Sentimentos de desesperança.

C – Durante um período de dois anos da perturbação, a pessoa nunca esteve sem os sintomas de A e B por mais de dois meses de cada vez.

D – Nenhuma perturbação depressiva major esteve presente durante os dois primeiros anos da perturbação.

E – Nunca houve um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica.

F – A perturbação não ocorre exclusivamente durante a evolução de uma perturbação psicótica crónica, como esquizofrenia ou perturbação delirante.

G – Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou estado físico geral.

H – Os sintomas causam um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Início precoce: antes dos 21 anos

Início tardio: após os 21 anos

Não se conhece causa específica para a depressão; no entanto, são conhecidos vários fatores predisponentes (influências genéticas, bioquímicas e psicossociais) e existem diversas teorias explicativas da suscetibilidade de cada indivíduo à depressão. É importante termos a noção

que, todos nós, ao longo da nossa vida sofremos processos depressivos transitórios, frequentemente, relacionados com alguma perda. Quando a depressão é ligeira, consegue-se trabalhar os diferentes estádios, a perda é aceite e os sintomas acabam por retroceder. Quando o pesar é prolongado ou exagerado, pode ocorrer depressão moderada ou grave, podendo mesmo haver uma perda de contacto com a realidade e de prazer em todas as atividades.

A depressão é a perturbação psiquiátrica mais frequente nos idosos e a atitude da nossa sociedade vem contribuir para potenciar os sentimentos de baixa auto-estima, desamparo e desespero tão comumente experienciados por esta população. Muitas vezes, os idosos experimentam ainda problemas financeiros, doenças físicas, alterações no funcionamento corporal e um aumento da consciência da proximidade com a morte. Outro fator predisponente é o chamado Sobrecarga de luto que se caracteriza pelas inúmeras perdas que os idosos vão sofrendo em determinada altura das suas vidas e que, ocorrem tão proximamente que eles não conseguem resolver um processo de luto antes de começar outro.

Os sintomas depressivos nos idosos são vários e frequentemente confundidos com demências; entre eles, destacam-se alterações da memória, confusão ou apatia. Por outro lado, há alguns sintomas (como a diminuição do apetite) que podem estar presentes num idoso e cuja causa se deve unicamente à idade e cuja etiologia se pode confundir com a depressão. Os idosos sofrem frequentemente de alterações endócrinas, neurológicas, nutricionais e metabólicas que com frequência dão sintomas depressivos. Também muitos dos medicamentos consumidos com frequência nesta etapa da vida (como anti-hipertensores, corticosteróides e analgésicos) podem produzir um efeito depressivo. (Townsend, 2011)

Em indivíduos idosos, defende-se que o tratamento ideal para a depressão será a conjugação das abordagens psicossocial e biológica. Continua a defender-se o uso da electroconvulsivoterapia (ECT) no tratamento da Depressão Major em idosos; contudo, como o efeito terapêutico diminui com a idade, prevalece-se o seu uso em casos de risco de suicídio ou naqueles que não tolerem a medicação antidepressiva.

Outros exemplos de abordagens terapêuticas são a psicoterapia interpessoal, comportamental, cognitiva, de grupo e familiar. Um tratamento adequado pode proporcionar ao idoso o alívio do sofrimento e dar um novo sentido positivo à sua vida.

Existem vários instrumentos para avaliação da depressão; para a realização deste trabalho, utilizou-se a Escala de Depressão de Hamilton (ANEXO I).

1.2 Processo de Luto

Algumas obras diferenciam o pesar do luto; no entanto, na obra consultada são abordados os dois aspetos como sendo um único e definem-na como “*uma profunda angústia física e mental que é uma resposta à experiência subjetiva de perda de algo significativo*” (Townsend, 2011). É algo experienciado por todos nós porque é inerente a todos os seres que têm emoções.

Existem vários teóricos em que, nos seus modelos, descrevem os estádios comportamentais que os indivíduos atravessam na sua progressão em direção à resolução. Este percurso não é linear, podendo ocorrer retrocessos ou o atingir de um estágio sem passar pelo anterior e é sofrida influência de várias variáveis individuais.

Kübler-Ross (1969) desenvolveu o seu trabalho com doentes terminais e defende que os comportamentos associados a cada um dos estádios podem ser observados em indivíduos que experienciam a perda de qualquer conceito ou valor pessoal. Definiu cinco estádios: I – Negação; II – Raiva; III – Negociação; IV – Depressão; V – Aceitação.

Bowlby (1961) definiu quatro estádios no processo de luto, sendo que os comportamentos em cada estágio podem ser observados em todos aqueles (incluindo bebés a partir dos seis meses de idade) que experimentam a perda de algo ou de alguém. Estádio I – Dormência ou Protesto; II – Desequilíbrio; III – Desorganização e Desespero; IV – Reorganização.

Engel (1964) definiu cinco estádios, sendo eles: I – Choque e Descrença; II – Desenvolvimento da Consciência; III – Restituição; IV – Resolução da Perda e V – Recuperação. Este autor defende que a resolução será bem sucedida “*quando o indivíduo enlutado é capaz de se lembrar confortável e realisticamente das alegrias e desilusões daquilo que é perdido*”. (citado por Townsend, 2011)

J. William Worden (2002) descreve um conjunto de tarefas que devem ser processadas de modo a completar este processo. Defende que, nos casos em que se conclui determinadas tarefas e não outras, o processo de luto verificar-se-á como incompleto e poderá haver uma limitação no crescimento e desenvolvimento. A tarefa I é Aceitar a Realidade da Perda; a II – Trabalhar a Dor da Perda; a III – Ajuste a um Ambiente que se Alterou Devido à Perda e a IV – Reposicionar Emocionalmente a Entidade Perdida e Seguir com a Vida.

A duração do processo de luto varia de indivíduo para indivíduo e pode demorar anos sem ser considerado obrigatoriamente como um processo patológico. A fase aguda, num processo normal, dura geralmente de seis a oito semanas, sendo mais longa nos adultos.

Sadock e Sadock (2003), citado por Townsend (2011) defendem que o processo dura em média de seis meses a um ano e que é importante as pessoas passarem um ano de calendário sem a pessoa perdida.

Há vários fatores que podem dificultar as respostas dos indivíduos à perda entre as quais, quando a pessoa perdida é jovem, quando a pessoa enlutada sente alguma responsabilidade pela perda ou quando há história de várias perdas recentes. Como fatores facilitadores temos o apoio de pessoas significativas nesta fase e quando houve a possibilidade de se prepararem para a perda, ou seja, quando houve a experiência de luto antecipatório.

Na obra consultada, fazem referência a três tipos de respostas mal adaptativas à perda – o Pesar Adiado ou Inibido (nos casos em que se dá ausência de evidências de pesar quando este deve geralmente ser esperado), a Resposta de Pesar Distorcida ou Exagerada (sentimentos exagerados de tristeza, desamparo, impotência, raiva e culpa assim como queixas somáticas) e o Pesar Crônico ou Prolongado (quando são evidentes comportamentos incapacitantes que impedem o indivíduo que desempenhem adaptativamente atividades da vida diária).

Há vários autores que definem a baixa de auto-estima como fator diferenciador de pesar normal e pesar mal adaptativo, sendo que, em situações de pesar normal, habitualmente a auto-estima está intacta. Quando ocorre o processo mal adaptativo, os sentimentos de inutilidade evoluem frequentemente para depressão.

O enfermeiro deve ser capaz de ajudar o indivíduo a reconhecer a consciência da perda e de expressar sentimentos sobre ela, de reconhecer certos comportamentos como fazendo parte de cada estágio e de expressar satisfação pessoal e apoio das práticas espirituais.

1.3 Auto-estima

McKay e Fanning (2003), citado por Townsend (2011) descrevem “*auto-estima como um sine qua non emocional, um componente essencial para a sobrevivência psicológica*”. A capacidade de reconhecer em nós o valor próprio é única do ser humano e sempre que ocorre uma preocupação exagerada em nos julgarmos a nós mesmos, existe uma perturbação da auto-estima.

Townsend (2011) define auto-estima como referindo-se “ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos”.

A auto-estima é um dos componentes do auto-conceito (onde estão também incluídos o self físico ou imagem corporal e a identidade pessoal); desta forma, a maneira como nos vemos a nós próprios sofre influências da maneira como as pessoas significativas nos vêem e vai contribuir para determinar a nossa capacidade de adaptação às novas exigências que vão surgindo ao longo da vida.

Coopersmith (1981) citado por Townsend (2011) definiu como condições prévias de auto-estima positiva: Poder, Significado, Virtude, Competência e Fronteiras definidas consistentemente.

Townsend cita ainda Warren (1991) ao salientar a importância de determinadas atitudes por parte dos pais e educadores que trabalhem com crianças, no sentido de promover e potenciar o desenvolvimento de uma auto-estima positiva. São exemplo destas atitudes: atribuir-lhes um sentido de competência, amor incondicional, sentido de sobrevivência, objetivos realistas, sentido de responsabilidade e orientação para a realidade.

Tanto o feedback que é dado pelas pessoas significativas como fatores hereditários e ambientais vão influenciar a forma como a auto-estima se vai desenvolver. Este desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida e, segundo Erikson (1963), a forma como ultrapassamos ou não cada um dos oito estádios de transição vai determinar a nossa capacidade de adaptação em crises posteriores.

Destaco o último estádio de desenvolvimento de personalidade – “Integridade do Ego Versus Desespero – pessoas com mais do que 65 anos” por ser aquele em que se encontra a utente abordada. Quando os indivíduos revêem a sua vida e aceitam vitórias e fracassos, demonstrando auto-aceitação, a auto-estima positiva é evidente. Quando, pelo contrário, sentem desprezo e aversão pela forma como as suas vidas se desenrolaram, revelando sentimentos de impotência é indicativo de que as tarefas anteriores de desenvolvimento de auto-confiança, identidade pessoal e preocupação com os outros ficaram por cumprir e auto-estima negativa prevalece.

Existem diversas formas de manifestar uma baixa auto-estima; o número de características que a pessoa evidencia vai depender do grau a que está a experienciar essa realidade. Townsend reporta-se ainda a Roy (1976), referindo a importância de caracterizar o tipo de estímulos (focais, contextuais ou residuais) que vão condicionar os comportamentos evidenciados.

Townsend (2011) aborda ainda a questão das fronteiras individuais de cada um, estabelecidas na infância e referindo-as como ajudando os indivíduos a definir o *self* e fazendo parte do seu processo de individualização; quanto mais noção das suas próprias fronteiras tem um indivíduo, mais saudável é a sua auto-estima.

As fronteiras podem ser rígidas, flexíveis ou difusas sendo que, as mais propícias ao desenvolvimento da auto-estima são as segundas uma vez que permitem que o indivíduo melhor se adapte às condições que lhe são apresentadas.

O mesmo autor diferencia ainda a baixa auto-estima crónica (quando os sentimentos negativos em relação a si próprio são prolongados) da baixa auto-estima situacional (quando há o desenvolvimento de uma perceção negativa sobre o seu valor próprio em resposta a uma situação atual).

Existem vários instrumentos para avaliação da auto-estima; para a realização deste trabalho, utilizou-se a Escala de Auto-estima de Rosenberg (ANEXO II).

1.4 Terapia Cognitiva

“A terapia cognitiva é um tipo de psicoterapia baseado no conceito de processamento mental patológico. O foco do tratamento é a modificação de cognições distorcidas e comportamentos mal adaptativos.” (Townsend, 2011)

Beck (1995), citado por Townsend (2011) diz ainda que *“na terapia cognitiva o objetivo do terapeuta é utilizar uma variedade de métodos para criar alterações no pensamento e no sistema de crenças do indivíduo num esforço de criar alterações emocionais e comportamentais duradouras.”*

A terapia cognitiva foi inicialmente desenvolvida para ser utilizada na depressão; atualmente, é vista como eficaz no tratamento de uma série de perturbações entre as quais: perturbações de pânico, perturbações da ansiedade generalizada, fobias sociais, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbações de stress pós-traumático, perturbações alimentares, abuso de drogas, perturbações da personalidade, esquizofrenia, etc. (Beck, 1995; Sadock e Sadock, 2007; Wright, Thase e Beck, 2008, citado por Townsend, 2011).

Na terapia cognitiva, o objetivo é ensinar o indivíduo a controlar as distorções do pensamento que vão contribuir para o desenvolvimento e manutenção das perturbações do humor. Na

depressão, há uma distorção negativa em relação a si próprio, ao ambiente e ao futuro, vindo sem esperança.

Assim sendo, com a terapia cognitiva, pretende-se que o indivíduo seja capaz de identificar padrões disfuncionais de pensamentos e comportamentos, ajudando-o a conseguir testar a validade dos mesmos. A terapia em si visa mudar os pensamentos automáticos que surgem de forma espontânea e vão condicionar perturbações no humor.

Uma das formas de o conseguir é pedir à pessoa que descreva realidades que apoiem e refutem pensamentos automáticos e seguidamente é revista com ela em que medida é que existe uma justificação lógica para esse pensamento. Uma outra forma consiste em fazer com que o indivíduo perceba o que poderia acontecer se os seus pensamentos fossem efetivamente verdadeiros. É importante que os utentes percebam que nenhuma técnica é melhor do que outra, que pode acontecer que várias técnicas não funcionem e que é essencial que trabalhe em conjunto com o terapeuta para melhor delinearem a estratégia mais adequada.

Rupke, Blecke e Renfrow (2006) citado por Townsend (2011) efetuaram estudos onde puderam comprovar uma eficácia igual ou superior da terapia cognitiva em relação ao uso da medicação antidepressiva em indivíduos deprimidos, não querendo isto dizer que o seu uso diminua o valor do efeito da terapêutica.

Townsend (2011) cita Beck e associados (1987) ao referir que, com a terapia cognitiva, espera-se que o indivíduo seja capaz de:

- monitorizar os seus pensamentos negativos automáticos;
- reconhecer as ligações entre a cognição, o afeto e o comportamento;
- examinar as evidências a favor e contra pensamentos automáticos distorcidos;
- substituir estas cognições tendenciosas por interpretações mais realistas;
- aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predisõem a distorcer experiências.

Esta terapia é bastante estruturada e breve, tendo uma média de duração de 12 a 16 semanas. Apesar de defender uma adaptação da terapia para se adequar ao caso específico de cada indivíduo, Beck definiu ainda uma série de princípios que devem estar subjacentes em todos os casos. São eles:

- I. A terapia cognitiva baseia-se numa formulação do cliente e dos seus problemas em termos cognitivos que evoluiu continuamente;

2. A terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica sólida;
3. A terapia cognitiva enfatiza a colaboração e a participação ativa;
4. A terapia cognitiva é orientada para os objetivos e concentra-se nos problemas;
5. A terapia cognitiva enfatiza inicialmente o presente;
6. A terapia cognitiva é educativa, visa ensinar o cliente a ser o seu próprio terapeuta e ensina a prevenção de recaídas;
7. A terapia cognitiva visa ser temporalmente limitada;
8. As sessões de terapia cognitiva são estruturadas; cada sessão tem uma estrutura pré-determinada que inclui revisão da semana do indivíduo; estabelecimento conjunto da agenda da sessão; revisão da sessão da semana anterior; revisão do trabalho de casa da semana anterior; discussão dos itens da agenda desta semana; estabelecimento do trabalho de casa para a próxima semana e resumo da sessão desta semana.
9. A terapia cognitiva ensina os clientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais;
10. A terapia cognitiva utiliza várias técnicas para modificar o pensamento, o humor e o comportamento.

As três principais técnicas da terapia cognitiva são Aspectos Didáticos (Educação), Técnicas Cognitivas e Intervenções Comportamentais.

Na primeira, são fornecidas informações ao indivíduo acerca do que é a terapia cognitiva, como funciona, de que maneira se estrutura o processo cognitivo e as expectativas tanto do terapeuta como do cliente. Visa que o indivíduo possa vir a ser o seu próprio terapeuta.

Nas técnicas cognitivas, as estratégias passam por *identificar* e *modificar* os pensamentos automáticos (aqueles que ocorrem rapidamente em resposta a uma situação e sem análise racional) e as estruturas de crenças (são estruturas cognitivas mais profundas que os pensamentos automáticos, servem para filtrar as informações do ambiente e desenvolvem-se cedo na vida).

Em relação ao identificar estes dois aspectos, utilizam-se as técnicas do Questionamento Socrático (ou descoberta guiada), de Imagens e Desempenho de Papéis e de Registo de Pensamentos.

No que concerne à modificação dos pensamentos automáticos e estruturas de crenças, podem utilizar-se as técnicas de Gerar Alternativas, Examinar as Evidências, Desconstruir Catástrofes, Re-atribuição, Registo Diário de Pensamentos Disfuncionais (RDPD) e Ensaio Cognitivo.

As intervenções comportamentais englobam estratégias comportamentais mais adaptativas que visam um efeito mais positivo nas cognições. São disto exemplo Horários de Atividades, Atribuições de Tarefas Classificadas, Ensaio Comportamental, Distração e Técnicas Diversas como sejam de Relaxamento, Assertividade, Treino de Capacidades Sociais, Técnicas de Suspensão de Fluxo de Pensamentos, etc.

Grande parte das técnicas da terapia cognitiva estão alcance dos enfermeiros, desde a formação geral à especializada. No entanto, é necessário “... o conhecimento de princípios educacionais e a capacidade de utilizar competências de resolução de problemas de modo a orientar o pensamento dos clientes através de um processo de reestruturação.” (Townsend, 2011)

2 – ESTUDO DE CASO

Para a recolha dos dados que compõem a avaliação inicial que se segue, adaptou-se a avaliação que está em uso na UCCSMI e foi efetuada nos dias 31/05/2011 e 08/06/2011 (datas determinadas tendo em conta a minha disponibilidade, a disponibilidade da Enfermeira especialista em SMP e a da utente).

2.1 – Avaliação Inicial de Enfermagem

História Biopsicossocial

Nome: P. J. S. R. R.

Sexo: Feminino

Idade: 73 anos

Estado civil: Viúva

Agregado familiar: Vive sozinha desde há 4 meses (quando o marido faleceu)

Área de residência: Leça do Balio

Naturalidade: Porto

Nacionalidade: Portuguesa

Habilitações literárias: Terceira classe

Situação profissional: Reformada

Profissão anterior: Costureira

Religião: Evangélica baptista

Relação com familiares e vizinhos: Ultimamente, com tendência ao isolamento social; no entanto, refere falar com familiares (irmãos e filhos) diariamente por telefone e tem duas vizinhas que lhe prestam apoio, se necessitar.

Processo do Adoecer

O marido (Sr. S.), antes de falecer, esteve acamado durante seis anos, sendo a D. P. a prestadora de cuidados. Por este motivo, ainda quando o marido era vivo, começou a abdicar de vários aspetos da sua vida social, por receio de o deixar sozinho em casa. No entanto, contava com o apoio de duas vizinhas (D. J. e D. L.) que a ajudavam a cuidar do Sr. S.. A partir da morte do Sr. S., negligenciou por completo a atividade física, recreativa, isolou-se em casa e inclusive deixou de ir às consultas médicas e de enfermagem.

História Atual de Doença

Visita domiciliária efetuada a 31/05/2011 (Manhã)

Visita domiciliária efetuada por mim e pela Enfermeira especialista em SMP após contacto telefónico prévio com a utente.

A D. P. recebeu-nos cabisbaixa, com postura encurvada e voz arrastada, apesar de manifestar estar muito satisfeita por receber a nossa visita. A aparência era cuidada e limpa muito embora evidenciasse pouca preocupação em se adornar com jóias (como diz que fazia antigamente).

Utente com capacidades cognitivas intactas, sem qualquer alteração do pensamento ou linguagem. Foi aplicado o MMSE, tendo obtido um score de 28. (ANEXO III) De imediato, pudemos perceber (através da linguagem verbal, para-verbal e não-verbal) o processo depressivo e de luto patológico que a utente estava a atravessar. Referiu também que o facto de ver uma das enfermeiras que acompanhou a fase terminal do seu marido, fez com que se recordasse dele e lhe causasse a angústia que estava a sentir.

Iniciámos a visita com a colheita de alguns dos dados que constam nesta avaliação inicial. Nesta entrevista, pudemos ainda identificar uma gestão ineficaz do regime medicamentoso (com dose e horário das tomas inadequados) e alimentar, autocuidados: atividade recreativa e atividade física negligenciados, diminuição da auto-estima, tristeza e interação social diminuída.

Depois de explicado o propósito da nossa visita, combinámos um novo contacto para podermos aplicar os instrumentos psicométricos e melhor identificar os problemas existentes para uma adequada intervenção terapêutica e psicoterapêutica.

Visita domiciliária efetuada a 08/06/2011 (Manhã)

Visita domiciliária efetuada por mim e pela Enfermeira especialista em SMP após agendamento telefónico prévio.

A utente mantinha a mesma postura curvada e a voz arrastada e convidou-nos para entrar para a sala. Apesar de estar um dia de sol, não abriu a persiana, encontrando-se o compartimento bastante frio.

Começámos a visita com uma colheita de dados mais informal onde pudemos perceber que a utente, desde a nossa visita, teve o cuidado de confecionar e ingerir sopa, tal como lhe tínhamos aconselhado. A esta data, ainda não tinha sido possível entregar-lhe um plano terapêutico individualizado porque, apesar de no dia 31/05 termos contactado a enfermeira de família para que nos fornecesse os dados relativos à posologia atual, até este dia, não nos tinha conseguido dar resposta.

Pudemos também constatar que a utente tinha agendado um passeio com alguns dos membros da igreja que frequenta, para essa semana. Mantém, no entanto, interação social diminuída, com isolamento em casa, referindo vontade em alterar essa situação mas que não tem forças para o conseguir. Confessou que gostaria de passar mais tempo com os seus filhos e netos e ir aos fins de semana com eles para as suas casas de campo; no entanto, eles não a convidam e a D. P. atribui esta realidade ao facto de cair muitas vezes e de provavelmente ser um fardo para os seus familiares. Foi incentivada a adquirir uma bengala, uma vez que a pode auxiliar na prevenção da queda e numa maior autonomia para uma atividade física mais adequada. Pudemos perceber que esta sugestão já lhe tinha sido feita pelos seus familiares mas que a utente tinha um falso conceito em relação ao uso da mesma, atribuindo-lhe um significado de dependência e velhice.

Nesta visita e, para uma melhor caracterização dos fenómenos de enfermagem e adequação das respetivas intervenções, aplicámos os seguintes instrumentos: Escala de Depressão de Hamilton (score de 9 – Depressão em grau moderado) (ANEXO I), Escala de Bem-estar Psicológico – versão reduzida (ANEXO IV), Escala de Bem-estar Subjetivo (ANEXO V) e Escala de Auto-Estima de Rosenberg (score de 31 – Auto-estima diminuída, em grau reduzido) (ANEXO II).

Tentámos negociar com a utente que, até à próxima visita, deveria manter as persianas abertas para deixar a luz solar entrar, tentar fazer mais uma refeição por dia (o jantar, composto pelo menos por sopa e fruta) e tentar adquirir uma atividade física mais adequada.

Visita domiciliária efetuada a 15/06/2011 (Tarde)

Visita domiciliária efetuada por mim e pela Enfermeira especialista em SMP após agendamento telefónico prévio.

A D. P. recebeu-nos cabisbaixa, com voz arrastada e dizendo que não estava bem. Pudémos aperceber-nos que a persiana da sala continuava fechada e a D. P., disse que se devia ao facto de não estar naquele compartimento. Para além de não estar a fazer mais uma refeição por dia, nem sopa tinha feito. Em relação à sua atividade física, na última semana foi ainda menos adequada do que anteriormente. Toda esta situação se deveu a uma queda que a utente sofreu aquando do passeio com o grupo da igreja. Foi de novo incentivada a adquirir uma bengala e tentámos que percebesse que, apesar de ela ter a noção de que os outros iam associar o seu uso à velhice, quanto mais quedas ela sofresse, mais difícil e demorada ia ser a recuperação, condicionando-lhe ainda mais a deambulação. Foi de novo constatada uma diminuição da vontade de viver, revelando que “já não estava cá a fazer nada” (sic).

Tendo em conta os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos psicométricos, pareceu-nos adequado utilizar a terapia cognitiva como meio de reestruturar a maneira como a utente se vê a si própria, aos outros e em relação ao futuro.

Foi explicada à utente o objetivo daquilo que pretendíamos fazer, situação que a mesma, prontamente aceitou.

Apesar de ter frequentado a escola até à terceira classe, a utente não sabe escrever (apenas o seu nome) pelo que, para o preenchimento do quadro que traduz a aplicação da terapia cognitiva (ANEXO VI), tivemos que recolher os dados nesse mesmo dia ou pedir para que fosse pensando sobre uma determinada situação e, na sessão seguinte, pedíamos para que nos dissesse naquilo em que tinha pensado.

Nesta primeira sessão de terapia cognitiva, foi então pedido à utente que nos dissesse como se estava a sentir. Depois, utilizando o quadro de quatro colunas, escrevemos na primeira aquilo que a utente relatou como sendo os seus problemas e dificuldades e na segunda, os sentimentos associados a estes mesmos problemas / dificuldades.

No final, foi feita uma síntese e avaliação da sessão e foi informada a utente das atividades a desenvolver na próxima sessão, pedindo-lhe que fosse pensando em aspetos positivos da sua vida.

Foi também entregue o plano terapêutico que nos tínhamos comprometido a efetuar (ANEXO VII) e esclarecida a D. P. quanto às suas dúvidas.

Visita domiciliária efetuada a 17/06/2011 (Tarde)

Visita domiciliária efetuada por mim e pela Enfermeira especialista em SMP após agendamento telefónico prévio.

A D. P. estava a acabar de chegar a casa. Tinha ido ao cemitério com a sua filha E. e tinham também ido ao centro do Porto, às compras. As persianas estavam abertas e, apesar de estar um dia chuvoso, a utente disse logo que era “para a luz do sol entrar” (sic). Referiu também de imediato que estava a cumprir o plano alimentar que lhe tínhamos aconselhado e que o plano terapêutico a estava a auxiliar bastante. Em relação à bengala, disse-nos que a sua filha lhe tinha trazido uma antiga mas a D. P. não gostou do aspeto dela. Dado a filha se mostrar bastante recetiva em relação a este aspeto, incentivámos a utente a que pedisse à filha para que fosse com ela comprar uma que fosse mais do seu agrado.

Nesta segunda sessão de terapia cognitiva, fizemos um resumo da sessão anterior e explicado o que se pretendia atingir com esta.

Quando lhe pedimos que nos dissesse os aspetos positivos da sua vida (que já lhe tínhamos pedido para ir pensando), disse-nos que não tinha nenhum e que se tinha esquecido do trabalho de casa. Após alguma insistência da nossa parte, foi acabando por referir vários aspetos e pessoas significativas na sua vida.

Tentámos que nos dissesse que estratégias utilizaria em situações difíceis mas não nos conseguiu dizer. Após darmos um exemplo, pedimos-lhe que fosse pensando em mais possíveis situações difíceis e como as ia resolver, para nos responder na próxima sessão.

Foi efetuado um resumo da sessão e perguntámos-lhe se considerava que a nossa presença e as sessões de terapia cognitiva estavam a ser positivas para ela. Referiu que sim pois tinha muita confiança em nós, nos nossos conhecimentos e no facto que, todas as nossas intervenções, eram no sentido de melhorar a sua situação.

Até a próxima sessão, foi negociado com a utente a manutenção dos aspetos anteriormente negociados e a aquisição de uma bengala.

Visita domiciliária efetuada a 22/06/2011 (Manhã)

Visita domiciliária efetuada por mim e pela Enfermeira especialista em SMP após agendamento telefónico prévio.

A D. P. tinha acabado de chegar a casa, uma vez que tinha ido com a sua filha E. ao dentista. Apresentava um fácies menos triste que o habitual, com interação ainda mais fácil e discurso fluente apesar de se sentir desconfortável por estar sem prótese dentária (tinha-a partido).

Pudemos constatar que interiorizou o hábito de efetuar mais uma refeição por dia e a sopa faz agora parte integrante da dieta habitual. No entanto, continua sem ter adquirido uma bengala mas disse-nos com bastante convicção que iria pedir à filha que na próxima semana fosse com ela ao centro comercial comprar uma que fosse do seu agrado.

Em relação ao que lhe tínhamos pedido para tentar fazer (pensar em problemas / situações possíveis da sua vida e como os poderia solucionar), disse-nos não ter pensado em nada pois a “cabeça não permitia” (sic). Apesar da utente não saber escrever, sabe ler e tínhamos-lhe entregue uma lista com os tópicos necessários para que não se esquecesse mas, mesmo assim, não foi suficiente. Desta forma e numa tentativa de ultrapassar esta situação, demos-lhe dois exemplos de eventuais problemas para a D. P. tentar solucionar:

1. se a sua filha não a pudesse levar ao cemitério e essa situação ocorresse 3 ou 4 semanas consecutivas – a D. P. respondeu que ia de autocarro; perguntei o que fazia se fosse feriado ou greve e a D. P. disse que pediria a outro dos seus filhos; finalmente questionei-a sobre como agiria na impossibilidade dos seus filhos a levarem e a utente respondeu que ia de táxi.
2. se sofresse uma queda que a impedisse de levantar-se ou rastejar para pedir ajuda – a utente respondeu que puxaria o fio do telefone até que este caísse ao chão e o pudesse utilizar (como já se viu obrigada a fazer) e se, estivesse longe dele, gritaria até que um dos seus vizinhos a ouvisse.

A utente expressou o seu agrado ao termos utilizado este exercício uma vez que considerou ser bastante útil na solução de futuros problemas. Salientámos a importância deste trajeto ser desenvolvido por si e incentivámos novamente a que dedicasse algum tempo numa tentativa de encontrar outros problemas / soluções.

Uma vez que constatámos que se mantém sem qualquer atividade física ou recreativa e continua a dormir excessivamente, combinámos com a utente (após esta nos dizer aquilo que considerava importante fazer) que até à próxima sessão iria:

- adquirir uma bengala;
- passar a ferro os lençóis que estão lavados há cinco meses (desde que o Sr. S. faleceu);
- assistir ao noticiário na televisão;
- retirar os tapetes do corredor para que minimizasse o risco de queda.

Revelou ainda estar muito satisfeita com o plano terapêutico que lhe elaborámos e que, inclusive, no dia anterior, tinha ido à consulta médica e de enfermagem ao centro de saúde e que orgulhosamente o tinha levado para mostrar.

Atualizou o plano vacinal bem como a restante vigilância de saúde.

História Psiquiátrica

A D. P. refere ter sido sempre uma pessoa alegre, com facilidade em estabelecer relações de amizade com ou outros. Nega qualquer antecedente psiquiátrico, bem como dificuldade em lidar com perdas anteriores.

Apesar de estar a ser medicada com antidepressivo e ansiolítico, não tem tido seguimento no médico de família (porque faltou à consulta) nem foi encaminhada para um técnico da área da saúde mental.

Vivência da Doença / Adaptação à Doença

A utente verbaliza que se sente doente e relaciona toda a sua sintomatologia “de novo” com o falecimento do marido. Diz que nos últimos seis anos de vida do Sr. S. se foi preparando para o “inevitável” mas que o facto de, nos últimos tempos, ele ter sofrido, fez com que prejudicasse todo o processo de luto.

Nunca utilizou a palavra “deprimida” mas sim “triste”, “desanimada”, “com falta de vontade”. Enquanto que na primeira visita, referiu diminuição da vontade de viver, na segunda, já estipulou como objetivo de vida “andar por cá mais uns tempos e bem” (sic). Na terceira visita, após uma queda que lhe condicionou novamente a sua autonomia, voltou a referir “que a vida não fazia mais sentido sem o seu marido e que não tinha mais nada para fazer cá” (sic).

Refere ter vontade e esperança que a sua situação melhore e aparentemente irá empregar os esforços necessários para que isso se concretize.

História Clínica:

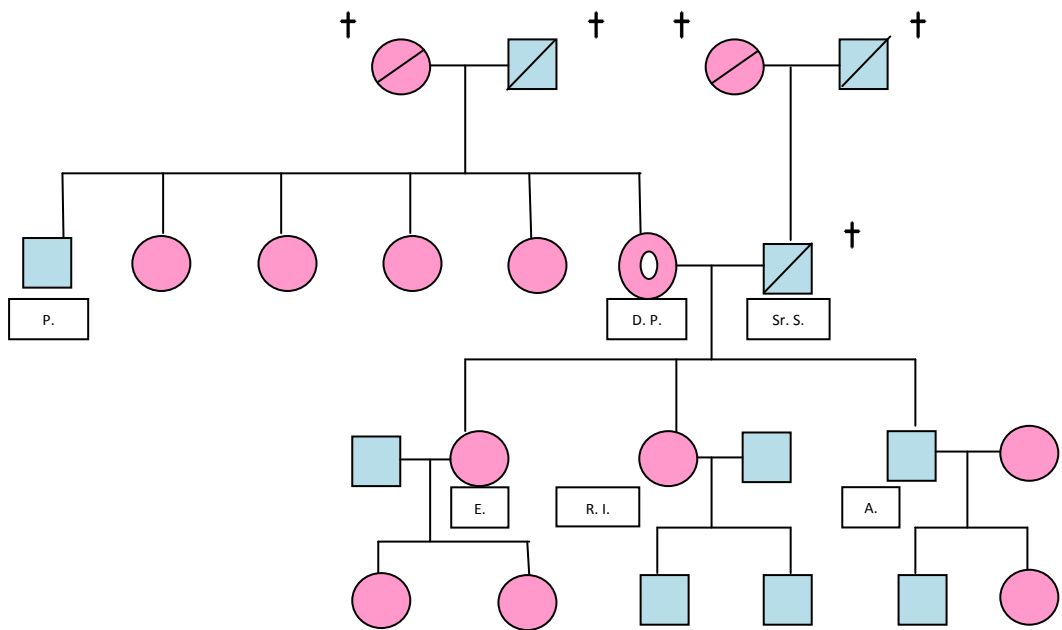
Apesar de toda a medicação que a doente faz, no seu processo clínico, apenas está identificada como patologia a Hipertensão Arterial.

Desconhece alergias medicamentosas ou alimentares. Não tem qualquer tipo de prótese ou dispositivo de auxílio (apesar de necessitar de bengala).






História Familiar

Tem três filhos (duas filhas e um filho) – almoça aos domingos com o filho depois de irem à igreja e está semanalmente com a filha mais velha que a costuma levar ao cemitério. Com a filha mais nova, tem um relacionamento menos próximo, o que a entristece. Ambas têm casa de campo e vão lá passar os fins de semana; a D. P. refere sentir-se triste pelas filhas não a convidarem a ir com ela, dizendo que provavelmente “é porque é um fardo” (sic). Tem seis netos e os mais novos, nas férias da escola, costumam passar algum tempo com ela. Tem quatro irmãs e um irmão; costuma falar com todos eles telefonicamente e refere um carinho especial pelo irmão. Uma das irmãs está na Alemanha e convidou a D. P. a que a fosse lá visitar, situação que a utente está a ponderar.

Genograma



Legenda:

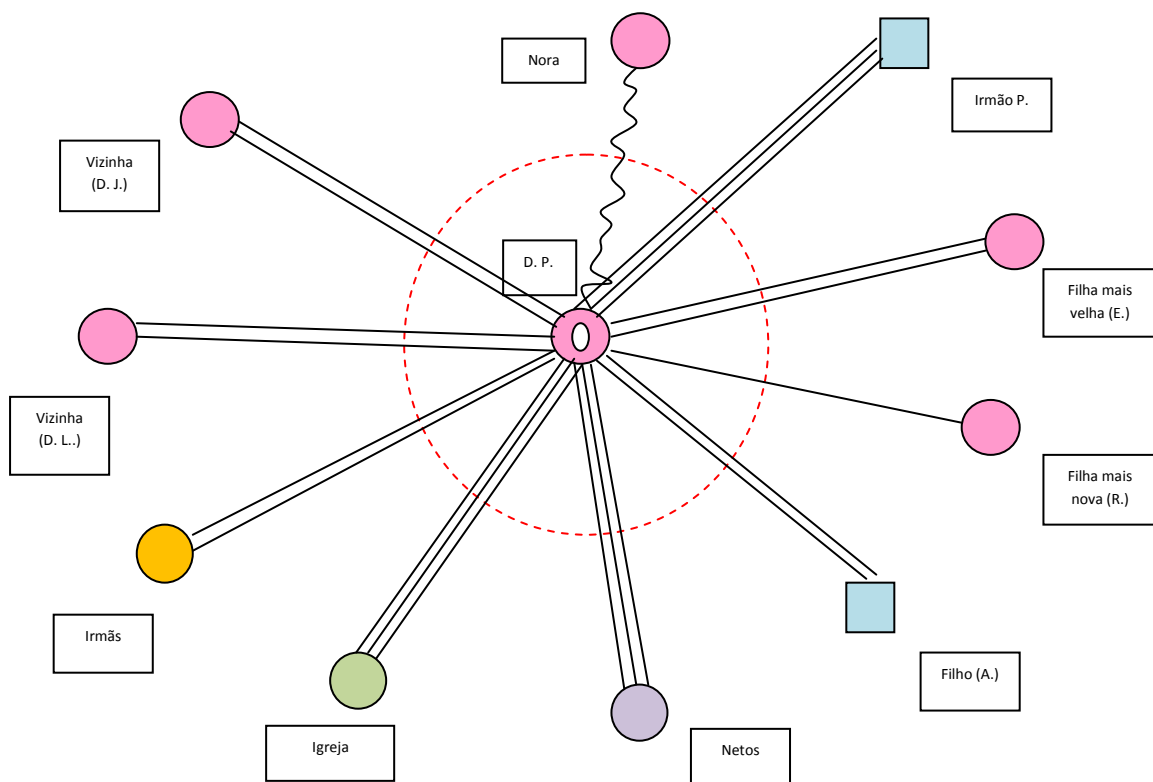
-  Utente alvo de intervenção
-  Mulher
-  Homem
-  Mulher falecida
-  Homem falecido

História Social

O grupo das pessoas significativas é composto pelas pessoas que frequentam a igreja (onde vai semanalmente); por duas vizinhas com quem convivia com bastante frequência enquanto o marido estava vivo; após a sua morte, tem-se isolado em casa. Diz, no entanto, que se precisar de alguma coisa, sabe que pode contar com estas duas senhoras.

Está ansiosa que cheguem as férias da escola para que os seus netos vão para sua casa. Tem uma relação conflituosa com a nora e considera que prejudica a sua relação com o filho (que anteriormente era mais forte). Raramente menciona a filha mais nova e refere bastante afinidade com a mais velha, gostando de poder conviver com ela. Relaciona-se bem com todos os irmãos mas tem uma maior afinidade com o irmão.

Ecomapa



Legenda:

- Relação fraca
- == Relação de intensidade moderada
- === Relação forte
- ~~~~ Relação conflituosa

História do Desenvolvimento

Apesar de contar a sua história de vida com um fâcies alegre e denotando alguma nostalgia, diz que as recordações que tem da sua infância são más devido a fracas condições económicas. Sempre teve facilidade no relacionamento com os outros, mantendo algumas amizades de infância até aos dias de hoje e tinha uma boa relação com pais e irmãos. Começou a namorar com o Sr. S. com 20 anos e mantinham grupo de amigos em comum, com quem conviviam frequentemente. A relação com os seus familiares, ao longo da sua vida, foi sempre agradável, não relatando qualquer evento crítico.

História Ocupacional e Educacional

Frequentou a escola até à terceira classe, altura em que tinha sete anos de idade e sofreu uma queda, com traumatismo da perna esquerda (que a limita até hoje e que, por imposição do seu pai, a obrigou a abandonar a escola). Sente alguma frustração com este acontecimento pois “gostaria de ter chegado mais longe” (sic). Aprendeu nessa altura a arte da costura, sendo essa a profissão que futuramente veio a desempenhar. Apesar da frustração relatada, sente orgulho no seu trajeto de vida.

Exame Físico

Sinais Vitais:

T.A.: impossível de avaliar devido a não termos esfigmomanómetro disponível

Pulso: 75 bpm Características: cheio, regular

Temperatura axilar: não avaliada mas sem referência a febre

Respiração: 18 cpm Características: mista, regular, sem utilização dos músculos acessórios

Dor: às vezes, em grau moderado nas pernas e cefaleias Características: a dor nas pernas agrava com a deambulação e reverte com a analgesia em SOS

Estado nutricional:

Peso: impossível pesar por não termos balança no domicílio; não se tem pesado ultimamente

Altura: não sabe precisar nem pudemos medir

IMC: impossível calcular por falta de dados

Observações: refere perda de peso nos últimos tempos mas que não sabe quantificar

Cabeça / Tronco / Membros:

Assimétrico: Não

Deformidades: Não

Cicatrizes: Não

Próteses: Não

Visão: Normal

Audição: Boa

Pele e mucosas:

Coradas: Sim

Edemas: Não

Hidratadas: Sim

Íntegras: Não

Hábitos de Vida**Autocuidado: Higiene**

Totalmente independente no autocuidado.

Autocuidado: Vestuário

Totalmente independente no autocuidado.

Autocuidado: comer

Nº de refeições por dia: 3 (pequeno-almoço, almoço e lanche)

Forma mais habitual de confecção dos alimentos: cozidos e estufados; ocasionalmente, fritos.

O que ingere em cada refeição:

Pequeno-almoço: leite com cevada e um pão

Almoço: a maior parte das vezes, apenas fruta

Lanche: leite e um pão com queijo

Necessita de assistência no autocuidado: Não

Autocuidado: beber

Independente no autocuidado. Refere, no entanto, aporte hídrico insuficiente.

Autocuidado: atividade recreativa

Negligenciado desde o processo de adoecimento do marido e inexistente desde o seu falecimento.

Autocuidado: atividade física

Comprometido desde que o marido ficou dependente e, neste momento, praticamente inexistente (relacionado com processo depressivo e de luto ineficaz e agravado por dor nos membros inferiores e risco de queda devido a alteração do equilíbrio).

Autocuidado: sono-reposo

Horas de sono: 13 horas noturnas mais períodos de sono diurnos

Repouso durante o dia: Sim

Recurso a medicação: Sim

Qualidade do sono: Não reparador

Insónia: Não

Eliminação intestinal:

Refere ser obstipada cronicamente mas que ultimamente tem tido menos dificuldade em restabelecer o trânsito intestinal, apesar de não recorrer a medicação.

Eliminação urinária:

Sem alterações.

Estilos de Vida: Uso de Substâncias

Consumo de tabaco: Não

Consumo de drogas: Não

Consumo de álcool: Não

Consumo de cafeína: Não

Exame Psicológico

Interação Social

Relação (Contacto): Fácil

Comunicação: Não alterada

Estado de consciência: Vigil

Orientação

Autopsíquica: Sim

Alopsíquica: Sim

Comportamento: Adequado

Humor: Depressivo

Ideação suicida: Não

Memória: Não alterada

Afetividade: Sem alterações

Fobias: Não

Percepção

Alucinações: Não

Pensamento

Curso: Não alterado

Forma: Não alterado

Conteúdo: Não alterado

Auto-estima

Verbalização de auto-aceitação: Não

Manutenção de uma postura ereta: Não

Manutenção de contacto olho-no-olho: Sim

Desejo de confrontar os outros: Não

Descrição de sucesso nos grupos sociais: Não

Descrição de orgulho de si mesmo: Sim

Sentimentos de auto-valorização: Não

Em anexo (ANEXO II), encontra-se o preenchimento da Escala de Auto-estima de Rosenberg.

Expectativas

Verbaliza esperança no futuro e expectativas em melhorar o seu estado de saúde com a nossa intervenção.

2.2 – Terapêutica atual

Daflon 500mg – 1 comprimido (cp) ao pequeno-almoço + 1 cp ao jantar

Fludex 2,5mg – 1 cp em jejum

Zinasen 10mg – 1 cp em jejum (se tonturas)

Flindix 5mg – 1 cp ao pequeno-almoço

Betaserc 24mg – 1 cp ao pequeno-almoço + 1 cp ao jantar

Omeprazol 20mg – 1 cp ao pequeno-almoço

Sertralina 100mg – 1 cp ao pequeno-almoço

Lopresor 100mg – 1 cp ao jantar

Lorenin 2,5mg – 1 cp ao deitar

Aspirina 100mg – 1 cp ao almoço

Exxiv 90 mg - 1cp em SOS

Paracetamol 1g - 1cp em SOS

Trimetazidina 35mg – 1 cp ao pequeno-almoço + 1 cp ao jantar

Fosavance 70 mg + 2800 UI - 1 vez por semana

2.2.1 – Motivo da toma de cada medicação atual

Daflon 500 mg (Diosmina 450 mg + hespiridina 50 mg)

Tem uma atividade venotónica, exercendo uma ação sobre o sistema vascular de retorno: ao nível das veias, diminui a distensibilidade venosa e reduz a estase venosa; ao nível da microcirculação, normaliza a permeabilidade capilar e reforça a resistência capilar.

Fludex (Indapamida)

Pertence à classe farmacológica dos diuréticos (tipo tiazídico) e anti-hipertensores. Está indicado na hipertensão ligeira a moderada e no edema associado a insuficiência cardíaca congestiva e outras causas.

Zinasen (Flunarizina)

Ajuda a evitar as crises de enxaqueca e alivia certas formas de tonturas, sendo a sua ação terapêutica como antagonista seletivo de cálcio.

Flindix (Dinitrato de Isossorbido)

É um antianginoso e está indicado no tratamento agudo de crises anginosas e tratamento profilático de longa duração da angina de peito, aumentando o débito cardíaco.

Betaserc (Betahistina)

Pertence ao grupo farmacológico dos antieméticos e antivertiginosos e está indicado no tratamento sintomático da vertigem e do Síndrome de Mènière, sendo este último

caracterizado por vertigens, zumbidos e/ou perda de audição, geralmente acompanhados de náuseas, otalgias e/ou cefaleias.

Omeprazol

Pertence ao grupo farmacoterapêutico dos antiulcerosos, sendo um inibidor da bomba gástrica ácida. A sua utilização tem como indicação o tratamento da doença de refluxo gastroesofágico que não responde à terapêutica convencional com bloqueadores dos recetores H₂ da histamina. É também utilizado no tratamento de curta duração de úlceras duodenais ativas (com ou sem anti-infecciosos contra *helicobacter pylori*) e no tratamento de situações de hipersecreção gástrica associada ao síndrome de Zollin-ger-Ellison.

Sertralina

É um antidepressivo inibidor seletivo da recaptção de serotonina (SSRIs). Os SSRIs são a classe de antidepressivos mais largamente utilizada e actuam ao inibir seletivamente a captação neuronal de serotonina (5-HT) do SNC. É usado no tratamento (muitas vezes combinado com psicoterapia) de depressão, crises de pânico, perturbações obsessivo-compulsivas e stress pós-traumático. Provoca uma diminuição da sensação intensa de medo, de fragilidade e terror.

Lopresor (Metoprolol)

Pertence à classe farmacológica dos antianginosos, antiarrítmicos, anti-hipertensores (bloqueador adrenérgico beta seletivo). As suas indicações são a hipertensão, angina de peito, prevenção do enfarte do miocárdio e diminuição da mortalidade em doentes com enfarte do miocárdio recente.

Lorenin (Lorazepam)

Pertence ao grupo farmacoterapêutico das benzodiazepinas, sendo um sedativo / hipnótico, ansiolítico e anticonvulsivante. Está indicado no tratamento adjuvante da ansiedade ou de insónias, produz sedação pré-operatória, alivia a ansiedade pré-operatória e proporciona amnésia.

Aspirina (Ácido acetilsalicílico)

Pertence ao grande grupo farmacológico dos analgésicos não-opiáceos, anti-inflamatórios não esteróides, antipiréticos e antiagregante plaquetar. No caso da dosagem que a doente faz, atua diminuindo a agregação plaquetária e está indicado para a profilaxia de crises isquémicas transitórias e de enfarte do miocárdio.

Exxiv (Etoricoxib)

Pertence ao grupo farmacológico dos inibidores seletivos da COX-2, pertencendo à família dos anti-inflamatórios não esteróides. A sua utilização ajuda a reduzir a inflamação (dor e inchaço) nas articulações e músculos em pessoas com osteoartrose, artrite reumatóide, espondilite anquilosante e gota.

Paracetamol

Pertence à classe farmacológica dos analgésicos não-opiáceos e dos antipiréticos estando indicado no tratamento de dores ligeiras ou moderadas e febre. Atua primariamente ao nível do SNC, inibindo a síntese de prostaglandinas que podem servir como mediadores da dor e da febre.

Trimetazidina

Pertence ao grupo farmacoterapêutico dos vasodilatadores e antianginosos, estando indicada no tratamento profilático da crise de angina de peito.

Fosavance (Ácido alendrónico e colecalciferol – vitamina D3)

Está indicado no tratamento da osteoporose pós-menopáusia em doentes com risco de insuficiência em vitamina D, reduzindo o risco de ocorrência de fraturas vertebrais e da anca.

2.2.2 – Principais efeitos secundários dos fármacos prescritos

Daflon

Foram relatados alguns casos de alterações digestivas leves e observadas algumas alterações neurovegetativas, nunca se tendo verificado a necessidade de interromper o tratamento.

Fludex

Estão descritos casos de hipotensão, arritmias, anorexia, náuseas e vômitos; no entanto, os efeitos secundários mais frequentes são a hipocalcemia e a hiperuricemia.

Zinasen

Alguns doentes podem sentir sonolência ou cansaço, mas geralmente estes efeitos desaparecem espontaneamente.

Durante o tratamento prolongado, por vezes surge aumento de peso ou de apetite, depressão, especialmente em mulheres que já sofreram anteriormente de depressão. As pessoas mais idosas podem sentir lentidão nos movimentos ou rigidez. Também pode surgir inquietação, tremores ou movimentos incontrolados da face ou dos braços e pernas. Reações adversas pouco frequentes, incluíram: náuseas, epigastralgia, xerostomia, hiperplasia gengival, insónias, tonturas, irritabilidade.

Flindix

Os seus efeitos indesejáveis mais frequentes incluem cefaleias, tonturas, hipotensão e taquicardia.

Betaserc

Destacam-se as náuseas e dispepsia como efeitos secundários frequentes. Frequência desconhecida de reações de hipersensibilidade cutânea e subcutânea e queixas gástricas, sendo estas diminuídas quando é ingerido às refeições.

Omeprazol

É geralmente bem tolerado sendo a reação adversa mais frequentemente relatada a dor abdominal.

Sertralina

Tem como efeitos secundários mais frequentes cefaleias, tonturas, tremores, insónia ou sonolência, fadiga, boca seca, náuseas e diarreia. A disfunção sexual (impotência ou anorgasmia) pode ser o efeito adverso mais complicado para os doentes. A síndrome de serotonina é um efeito colateral raro mas com potencial risco de vida e pode ocorrer quando há ingestão simultânea com outros medicamentos que aumentem os níveis de serotonina.

Lopresor

Ocorre com alguma frequência fadiga e fraqueza e pode ter como efeitos secundários letais a bradicardia, insuficiência cardíaca congestiva e edema pulmonar.

Lorenin

Alguns dos efeitos secundários frequentes são tontura, sonolência e letargia. Os fármacos ansiolíticos deprimem os níveis subcorticais do SNC, sendo que todos os níveis de depressão podem ser afectados desde a sedação leve à hipnose e ao coma e, por isso, não devem ser tomados em combinação com outros depressores do SNC.

Deve ter-se especial cuidados na administração a utentes idosos ou debilitados e com disfunções hepáticas ou renais. É também necessário ter precauções em indivíduos com história de abuso ou dependência de drogas, com depressão ou com risco de suicídio. No caso da depressão, os depressores do SNC podem exacerbar os sintomas.

Aspirina

Ocorre com alguma frequência dispepsia, pirose, perturbações epigástricas e náuseas, que pode ser minimizado com a ingestão às refeições. Como efeitos mais graves, temos a hemorragia gastrointestinal, anafilaxia e edema da laringe.

Exxiv

Foram relatados casos frequentes de fraqueza e fadiga, tonturas, cefaleias, diarreia, flatulência, náuseas, dispepsia, dor epigástrica, pirose, alterações da função hepática, edema das pernas e/ou pés e aumento da tensão arterial.

Paracetamol

Apesar de ser frequentemente bem tolerado, tem como efeitos adversos a insuficiência hepática e hepatotoxicidade em caso de sobredosagem.

Trimetazidina

Geralmente é um fármaco bem tolerado e os sintomas que possam surgir são raros e ligeiros.

Fosavance

As reações adversas mais frequentemente notificadas são as do trato gastrointestinal superior incluindo dor abdominal, dispepsia, úlcera esofágica, disfagia, distensão abdominal e regurgitação ácida.

2.3– Processo de enfermagem

Fenómeno de Enfermagem: Gestão do regime terapêutico não demonstrado (hábitos alimentares, regime medicamentoso, hábitos de exercício)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
31/05/2011	- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico - Ensinar sobre regime medicamentoso	17/06/2011
	- Ensinar sobre hábitos alimentares (e incentivada a efetuar mais refeições durante o dia e a tentar incluir sopa no seu regime habitual)	22/06/2011
15/06/2011	- Organizar regime medicamentoso (elaboração de um plano terapêutico – ANEXO VII)	15/06/2011
15/06/2011	- Negociar com a utente a inclusão de mais uma refeição por dia (jantar, composto por sopa e fruta)	22/06/2011

Fenómeno de Enfermagem: Adesão ao regime terapêutico não demonstrado (hábitos alimentares, regime medicamentoso, hábitos de exercício, vacinação)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
31/05/2011	- Incentivar adesão ao regime terapêutico medicamentoso - Incentivar adesão ao regime terapêutico alimentar - Incentivar adesão ao regime terapêutico (hábitos de exercício) - Negociar adesão ao regime terapêutico	17/06/2011
	- Incentivar a que agende nova consulta médica (tendo em conta que faltou à última) e a que regularize o plano de vacinação	22/06/2011

Fenómeno de Enfermagem: Autocuidado: Atividade recreativa (conhecimento não demonstrado)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
31/05/2011	- Incentivar atividades de lazer - Informar sobre vantagens da atividade recreativa - Negociar com a utente a que esta veja televisão (pelo menos o noticiário, uma vez que gosta) contribuindo para que se deite um pouco mais tarde e durma menos do que o habitual.	
22/06/2011	- Definir com a utente tarefas que terá que realizar até à próxima visita domiciliária, como forma de ocupar o seu dia.	

Fenómeno de Enfermagem: Processo de Luto ineficaz		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
31/05/2011	- Assistir a pessoa no processo de luto - Informar a pessoa sobre o processo de luto - Informar a pessoa sobre as diversas fases do processo de luto, auxiliando-a a identificar em qual delas se encontra e a evolução esperada	

Fenómeno de Enfermagem: Auto-estima diminuída, em grau reduzido		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
08/06/2011	- Monitorizar auto-estima através da escala de Rosenberg (ANEXO II)	08/06/2011
15/06/2011	- 1ª sessão de terapia cognitiva	15/06/2011
17/06/2011	- 2ª sessão de terapia cognitiva	17/06/2011
22/06/2011	- 3ª sessão de terapia cognitiva - Monitorizar auto-estima através da escala de Rosenberg (após sessões de terapia cognitiva)	

Fenómeno de Enfermagem: Autocuidado: Atividade Física (conhecimento não demonstrado)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
31/05/2011	- Incentivar a atividade física	
08/06/2011	- Orientar / incentivar para o uso de auxiliares da marcha (bengala)	
08/06/2011	- Reestruturar pensamento no que respeita a pré-conceito relativo ao uso de bengala.	22/06/2011
22/06/2011	- Negociado com a utente que solicitasse à filha ajuda para ir com ela comprar a bengala.	

Fenómeno de Enfermagem: Interação social comprometida		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
31/05/2011	- Incentivar a interação social (incluindo participação em todos os passeios organizados pela igreja e a que recorra às vizinhas para que possam confraternizar mais) - Promover a socialização	

Fenómeno de Enfermagem: Bem-estar emocional alterado		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
08/06/2011	- Monitorizar bem-estar através da escala de bem-estar psicológico (ANEXO IV) e bem-estar subjetivo (ANEXO V)	08/06/2011
15/06/2011	- 1ª sessão de terapia cognitiva	15/06/2011
17/06/2011	- 2ª sessão de terapia cognitiva	17/06/2011
22/06/2011	- 3ª sessão de terapia cognitiva	

Fenómeno de Enfermagem: Humor depressivo		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
31/05/2011	- Encorajar a comunicação expressiva de emoções - Promover a escuta ativa - Executar a escuta ativa	
08/06/2011	- Monitorizar Depressão através da Escala de Hamilton (Depressão, em grau moderado – ANEXO I)	08/06/2011
15/06/2011	- 1ª sessão de terapia cognitiva	15/06/2011
17/06/2011	- 2ª sessão de terapia cognitiva	17/06/2011
22/06/2011	- 3ª sessão de terapia cognitiva	

Fenómeno de Enfermagem: Vontade de Viver diminuída		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
31/05/2011	- Encorajar a comunicação expressiva de emoções - Promover a escuta ativa - Executar a escuta ativa	
15/06/2011	- 1ª sessão de terapia cognitiva	15/06/2011
17/07/2011	- 2ª sessão de terapia cognitiva (dando maior ênfase aos aspectos positivos e pessoas significativas da sua vida)	17/06/2011
22/06/2011	- 3ª sessão de terapia cognitiva	

3 – DISCUSSÃO

Tendo em conta que o meu estágio terminou antes de ser possível completar todas as sessões de terapia cognitiva, a minha intervenção terá continuidade através das enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiatria da UCCSMI.

Apesar de as sessões nem sempre terem decorrido da forma planeada e de ter havido alguns impasses, considero que houve alguns ganhos em saúde neste caso específico.

Conseguimos educar e reestruturar o pensamento da utente relativamente a vários aspetos (importância do regime alimentar e medicamentoso, ao uso de bengala, à importância da atividade física e recreativa, da interação social, etc.) Foi também possível esclarecer alguns falsos conceitos que a utente tinha em relação ao falecimento do Sr. S. e permitir que a D. P. se situasse na fase de luto em que se encontra, aumentando a sua aceitação. Conseguimos que, de facto, alterasse determinadas situações do seu dia a dia, como sejam, uma dieta mais adequada, o cumprimento do plano terapêutico, a atualização da situação de vigilância em saúde e do plano vacinal.

À data de conclusão deste trabalho, é para nós visível uma melhoria no humor da utente e uma forte vontade e esperança em melhorar o futuro. No entanto e dado o manancial de problemas identificados, é uma situação em que, provavelmente, resultados mais significativos serão apenas visíveis a médio-longo prazo.

Parece-nos que, para uma mais adequada intervenção, tenhamos que solicitar o apoio da filha da utente, situação que será ponderada na continuação da intervenção psicoterapêutica com a D. P..

4 – CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso inseriu-se no âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Módulo I – Promoção de estilos de vida saudáveis, Diagnóstico e Prevenção realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta – Unidade Local de Saúde de Matosinhos, no período de 27 de Abril a 25 de Junho de 2011.

Para a sua concretização, foi selecionada uma doente com critérios de inclusão no Projeto “Promoção da Saúde Mental no Idoso” e cujos problemas no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria incluíam Depressão, diminuição da Auto-estima e Processo de Luto ineficaz.

Para ser possível efetuar a colheita de dados e a intervenção de enfermagem na área específica da saúde mental, recorreu-se a diversas visitas domiciliárias cuja descrição apresentei anteriormente. As intervenções e diagnósticos de enfermagem identificados neste trabalho seguiram a linguagem classificada CIPE e foram devidamente registados no aplicativo SAPE, existente na Unidade.

Com a elaboração deste estudo de caso foi possível aprofundar conhecimentos na área da avaliação psiquiátrica e permitiu-me o estabelecimento de uma relação terapêutica com a utente em causa, crucial para o desenvolvimento de competências específicas na área da terapia cognitiva ou em qualquer área dentro da saúde mental e psiquiatria.

Penso ter atingido os objetivos esperados na realização de um trabalho deste âmbito e a única situação que tenho a lamentar é o facto de ter terminado o Módulo de Estágio e não ter mais tempo disponível para a sua continuação. Foi, sem qualquer dúvida, uma experiência extremamente gratificante, tanto no contacto com a utente como na pesquisa bibliográfica que suportou a realização das intervenções e do trabalho escrito.

5 - BIBLIOGRAFIA

- . BOCCHI, S. C. M.; PESSUTO, J.; DELL'AQUA, M. C. Q. - Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação dos alunos [em linha]: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 4, N° 3, versão impressa ISSN 0104-1169. Ribeirão Preto, Dezembro 1996. [Consultado a 04 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300009&lng=pt&nrm=iso
- . BRESSAN, F. – O Método do Estudo de Caso [em linha]: FEA-USP, FECAP; Administração On Line, Prática-Pesquisa-Ensino, ISSN 1517-7912, Vol. 1, N° 1 (Janeiro/Fevereiro/Março 2000). [Consultado a 04 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm
- . Decreto Lei n° 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n° 11/2009 de 16 de Setembro - *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*
- . DEGLIN, J. H.; VALLERAND, A. H. – **Guia Farmacológico Para Enfermeiros**. Sétima Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-47-9
- . FORTIN, Marie Fabianne – **O Processo de Investigação**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X
- . LEI n.º 48/90, de 24 de Agosto, *Lei de Bases da Saúde*
- . SEQUEIRA, C. – **Introdução à Prática Clínica**. Coimbra: Quarteto Editora, 2006
- . TOWNSEND, M. C. – **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência**. 6ª edição. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-61-5
- . TRIPICCHIO, A. – III – Psicoterapia Cognitiva – Depressão [em linha]: Artigos – Teorias e Sistemas no Campo Psi. [Consultado a 14 de Junho de 2011]. Disponível em <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=732>

ANEXOS

ANEXO I
(Escala de Depressão de Hamilton)

Escala de Hamilton – Depressão

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.

1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.

2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.

3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.

4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente

1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.

2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações.

3. A doença atual é um castigo.

4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.

1. Sente que a vida não vale a pena.

2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.

3. Idéias ou gestos suicidas.

4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono.

1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.

2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades.

1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades.

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldades.

1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.

2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).

3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais.

1. Leve retardo à entrevista.
2. Retardo óbvio à entrevista.
3. Entrevista difícil.
4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma.

1. Inquietude.
2. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.

3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.

4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem dificuldade.

1. Tensão e irritabilidade subjetivas.

2. Preocupação com trivialidades.

3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.

4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese

0. Ausente :

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

0. Nenhum

1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdomen

2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum

1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias.

Perda de energia e cansaço.

2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes

1. Leves

2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

0. Ausente

1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2. Preocupação com a saúde

3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.

4. Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso.

1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.

2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.

1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.

2. Mais de 1 Kg de perda por semana.

3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma

1. Pior de manhã.

2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.

1. Leve

2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

0. Ausente

1. Leve.

2. Moderadas..

3. Graves.

4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum.

1. Desconfiança.

2. Idéias de referência.

3. Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum.

1. Leves.

2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: 9 (0-62)

Depressão

Status

Em grau reduzido (0-7, segundo escala de avaliação de Hamilton)

Em grau moderado (8-17, segundo escala de avaliação de Hamilton)

Em grau elevado (18-25, segundo escala de avaliação de Hamilton)

Em grau muito elevado (mais que 26, segundo escala de avaliação de Hamilton)

ANEXO II
(Escala de Auto-Estima de Rosenberg)

Escala de Auto-Estima de Rosenberg
(Rosenberg, 1965)

Nome do Doente: _____

Data: ____/____/____

	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio.	X			
2. Às vezes penso que não valho nada.			X	
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	X			
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	X			
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.		X		
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.		X		
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.		X		
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.				X
9. Em tudo o que faço, tenho a sentir que sou um falhanço.		X		
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.		X		

Resultado: 31

Grelha de correcção:

	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio.	4	3	2	1
2. Às vezes penso que não valho nada.	1	2	3	4
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	4	3	2	1
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	4	3	2	1
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.	1	2	3	4
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.	1	2	3	4
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.	4	3	2	1
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.	1	2	3	4
9. Em tudo o que faço, tenho a sentir que sou um falhanço.	1	2	3	4
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.	4	3	2	1

Auto-estima diminuída em grau...

- Reduzido (>30 - <40, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Moderado (>20 - <30, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Elevado (>15 - <20, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Muito elevado (>10 - <15, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)

ANEXO III

(MMSE - Mini Mental State Examination)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)³²

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 1

Em que mês estamos? 1

Em que dia do mês estamos? 1

Em que dia da semana estamos? 1

Em que estação do ano estamos? 1

Nota: 5

Em que país estamos? 1

Em que distrito vive? 1

Em que terra vive? 1

Em que casa estamos? 1

Em que andar estamos? 1

Nota: 5

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 1

Gato 1

Bola 1

Nota: 3

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: 5

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Pêra 1

Gato 1

Bola 0

Nota: 2

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio 1

Lápis 1

Nota: 2

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

Nota: 1

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

Pega com a mão direita 1

Dobra ao meio 1

Coloca onde deve 1

Nota: 3

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 lê-se a frase.

Fechou os olhos 1

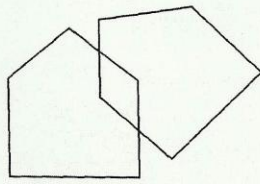
Nota: 1

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

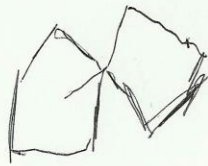
Frase:

Obs: Não sabe escrever mas constrói frase com
sentido sem dificuldade. Nota: 1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)



Cópia:



Nota: 0

TOTAL(Máximo 30 pontos)

Considera-se com defeito cognitivo: •

analfabetos \leq 15 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22

• com escolaridade superior a 11 anos \leq 27

Total: 28

ANEXO IV

(Escala de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida)

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO²⁵ - Versão Reduzida

As afirmações que se apresentam abaixo, dizem respeito à percepção que tem sobre o seu **bem-estar**. Por favor, efectue um círculo na resposta que considera ser mais adequada à sua opinião, ou seja o quanto concorda ou discorda das afirmações.

	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
1. Não tenho medo de expressar as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Frequentemente, me sinto esmagado(a) pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
3. Penso que é importante ter novas experiências que questionem a forma como pensamos acerca de nós mesmos e do mundo.	1	2	3	4	5	6
4. Para mim, manter relacionamentos sinceros com os outros tem sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6
5. Não tenho a noção do que pretendo alcançar na vida	1	2	3	4	5	6
6. Quando revejo a minha vida, fico contente da forma como as coisas aconteceram.	1	2	3	4	5	6
7. Tenho tendência de me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo para conseguir fazer tudo o que preciso fazer.	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que no decorrer do tempo, consegui me desenvolver bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto que aproveito muito as minhas amizades.	1	2	3	4	5	6
11. Sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
12. Gosto da maioria dos aspectos da minha	1	2	3	4	5	6

²⁵ Versão reduzida das Escalas de BEP de C. Ryff (University of Wisconsin) elaborada em 2004 por Rosa F. Novo (FPCEUL), Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL) e Elisabeth Peralta e adaptada para a população portuguesa.

personalidade.						
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	1	2	3	4	5	6
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes modificações ou melhorias na minha vida.	1	2	3	4	5	6
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	1	2	3	4	5	6
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem certeza de que a minha vida tenha valido muito.	1	2	3	4	5	6
18. Em muitos aspectos me sinto desiludido(a) com o que alcancei na vida.	1	2	3	4	5	6

ANEXO V
(Escala de Bem-Estar Subjetivo)

Anexo I – Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1 Nem um pouco	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
Ultimamente tenho me sentido ...				
1) aflito <u>3</u>	17) transtornado <u>2</u>	33) abatido <u>4</u>		
2) alarmado <u>1</u>	18) animado <u>2</u>	34) amesmado <u>3</u>		
3) amável <u>5</u>	19) determinado <u>2</u>	35) aborrecido <u>3</u>		
4) ativo <u>2</u>	20) chateado <u>4</u>	36) agressivo <u>1</u>		
5) angustiado <u>3</u>	21) decidido <u>5</u>	37) estimulado <u>2</u>		
6) agradável <u>4</u>	22) seguro <u>4</u>	38) incomodado <u>2</u>		
7) alegre <u>2</u>	23) arrojado <u>1</u>	39) bem <u>2</u>		
8) aprensivo <u>3</u>	24) dinâmico <u>2</u>	40) nervoso <u>4</u>		
9) preocupado <u>4</u>	25) enojado <u>2</u>	41) empolgado <u>2</u>		
10) disposto <u>3</u>	26) produtivo <u>2</u>	42) vigoroso <u>2</u>		
11) contante <u>2</u>	27) impaciente <u>2</u>	43) inspirado <u>2</u>		
12) irritado <u>1</u>	28) receoso <u>1</u>	44) tenso <u>3</u>		
13) deprimido <u>3</u>	29) ansiosíssimo <u>2</u>	45) triste <u>4</u>		
14) interessado <u>4</u>	30) desanimado <u>4</u>	46) agitado <u>1</u>		
15) entediado <u>4</u>	31) amigável <u>4</u>	47) emvergonhado <u>1</u>		
16) atroz <u>5</u>	32) indeciso <u>3</u>			

Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1 Discordo Plenamente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo Plenamente
48. Estou satisfeito com minha vida				1 1 2 1 3 1 (4) 5 1
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida				1 1 1 2 1 3 (4) 5 1
50. Avalio minha vida de forma positiva				1 1 1 2 1 3 (4) 5 1
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida				(1) 2 1 3 1 4 1 5 1
52. Mudaria meu passado se eu pudesse				(1) 2 1 3 1 4 1 5 1
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida				(1) 2 1 3 1 4 1 5 1
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim				1 1 (2) 3 1 4 1 5 1
55. Gosto da minha vida				1 1 1 2 (3) 4 1 5 1
56. Minha vida está ruim				(1) 1 2 1 3 1 4 1 5 1
57. Estou insatisfeito com minha vida				(1) 2 1 3 1 4 1 5 1
58. Minha vida poderia estar melhor				1 1 1 2 1 3 (4) 5 1
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida				1 1 1 2 1 3 1 4 (5)
60. Minha vida é "sem graça"				1 1 1 2 (3) 4 1 5 1
61. Minhas condições de vida são muito boas				1 1 1 2 1 3 (4) 5 1
62. Considero-me uma pessoa feliz				1 1 1 2 1 3 (4) 5 1

ANEXO VI

(Quadro utilizado nas sessões de Terapia Cognitiva)

PROBLEMAS / DIFICULDADES	SENTIMENTOS ASSOCIADOS	ASPECTOS POSITIVOS E PESSOAS SIGNIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS A UTILIZAR EM SITUAÇÕES DIFÍCEIS
Viver sem o marido	Saudade	- Filhos	<ul style="list-style-type: none"> - Filha E. não poder levá-la ao cemitério: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ir de autocarro; ✓ pedir a um dos outros filhos; ✓ ir de taxi. - Cair em casa, sem se conseguir levantar ou rastejar para pedir ajuda: <ul style="list-style-type: none"> ✓ puxar o fio de telefone para que este caia e possa utilizá-lo; ✓ gritar até que um dos vizinhos a ouça.
Não passar os fins de semana com as suas filhas	Revolta / Tristeza	- Netos	
Relação conflituosa com nora (o que prejudica a relação com o filho)	Tristeza	- Religião	
Não poder andar como queria	Aborrecimento	- Passeios com o grupo da igreja	
		- Não passar necessidades	

ANEXO VII
(Plano Terapêutico)

	SOS	JEJUM	PEQUENO ALMOÇO	ALMOÇO	JANTAR	DEITAR
FLUDEX 2,5 mg		1				
FLINDIX 5 mg			1			
SERTRALINA 100 mg			1			
BETASERC 24 mg			1		1	
TRIMETAZIDIN A 35 mg			1		1	
EXXIV 90 mg			1 (SOS)			
PARACETAMOL 1g	SOS					
DAFLON 500 mg			1		1	
OMEPRAZOL 20 mg			1			
LOPRESSOR 100 mg					1	
VISACOR 10 mg						1
LORENIN 2,5 mg						1
ASPIRINA 100 mg				1		
ZINASEN 10 mg		1 (SE TONTURAS)				
FOSAVANCE 70 + 2800 UI	Uma vez por semana em jejum, 30 minutos antes do pequeno-almoço, após levantar sem voltar a deitar ou sentar depois da toma					

ANEXO VI – REGISTO DAS DINÂMICAS DE GRUPO

REGISTO DAS DINÂMICAS DE GRUPO

As Dinâmicas de Grupo foram desenvolvidas ao longo do Módulo II que teve lugar na Unidade C4 do Hospital Magalhães de Lemos.

Dinâmica de Grupo – 06/10/2011

Inicialmente, seleccionámos um conjunto de fotografias que nos pareceram suscetíveis de interesse para os doentes alvo desta intervenção, sendo que, para cada um deles, tínhamos um objetivo específico.

Os doentes seleccionados foram:

Sr F., 52 anos, internado com o diagnóstico de Perturbação da Adaptação e tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa no contexto de um possível divórcio. Objetivo: esclarecer tipo de humor uma vez que estava identificado como depressivo e o doente nos parecia eutímico.

D. G., 38 anos, internada com o diagnóstico de Perturbação da Adaptação no contexto de rutura amorosa. Objetivo: gerir o humor uma vez que se apresentava frequentemente disfórica, tentando atrair para si todas as atenções e apresentando um contacto frequentemente hostil.

D. A.B., 61anos, internada por quadro de astenia, anorexia e dificuldade em falar, tendo sido diagnosticada Neurose. Objetivo: tendo em conta a magreza extrema da doente (deu entrada no serviço com 28 kg), tentar esclarecer causa para possível alteração do comportamento alimentar.

D. M., 35 anos, com personalidade borderline internada por tentativa de suicídio, sendo que já tem história de vários internamentos pelo mesmo motivo. Objetivo: esclarecer quadro depressivo e existência de projetos futuros.

Todos os doentes escolheram fotografias que, de algum modo, iam de encontro ao seu problema e necessidades pessoais. De um modo geral, conseguimos que expressassem os seus sentimentos, necessidades de afeto, sentimentos de isolamento e impotência face ao seu problema.

O Sr F. tem um filho do atual casamento e outro do casamento anterior; a sua preocupação centra-se no facto que tanto a esposa como a ex-esposa lhe “cobram” o afeto que tenta dar a ambos os filhos. Sonha com a “família ideal” que considera “impossível de alcançar” (sic).

A D. G., à medida que a dinâmica se foi desenvolvendo, foi perdendo a postura hostil, conseguiu descentrar-se dela mesma e perceber que o seu problema tinha muito em comum com o problema de outras pessoas.

A D. A. B., evitou a problemática da alimentação e verbalizou essencialmente necessidades de afeto e de pertença. Assumiu-se como uma pessoa muito reservada mas satisfeita quando era abordada por outras pessoas uma vez que normalmente não consegue ter a iniciativa.

O nosso “maior ganho” foi talvez a D. M. Inicialmente, um pouco renitente em participar uma vez que não gostava de atividades de grupo. Apresentou choro fácil, reconheceu uma relação amorosa como “causa” do seu primeiro internamento a qual, até ao momento, não tinha conseguido superar. Mostrou ao grupo uma das fotografias que escolheu (um casal abraçado) mas recusou-se a comentar, tendo tido crise de choro. No final da sessão, quando se pediu para que avaliassem a pertinência da mesma (sendo que todos gostaram, considerando ter sido muito positivo e referindo vontade em participar mais vezes), a D. M. canalizou a sua opinião para a sua necessidade específica. Conseguimos perceber que será necessário efetuar uma intervenção individual (por exemplo, Escuta Ativa) para tentar melhor esclarecer a sua problemática.

Quando afirmei que terá sido talvez o nosso “maior ganho”, refiro-me ao facto de para nós, profissionais presentes na dinâmica, não ter havido dúvidas em relação ao seu humor depressivo, enquanto que para os restantes membros da equipa, a D. M. ter-se-ia apresentado com humor eutímico e bastante mais interativa com o grupo. Esta perspetiva, muito mais aproximada do real, permite-nos uma intervenção mais adequada no futuro, contribuindo para uma resposta mais eficaz às necessidades desta e de outros doentes.

Dinâmica de Grupo – 13/10/2011

Selecionámos seis utentes, tendo como características transversais o facto de serem do sexo feminino e apresentarem humor depressivo. O nosso objetivo com a dinâmica era o de promover a expressão de sentimentos e o de avaliar em que medida é que se projetavam no futuro, com a definição de algum tipo de objetivo pessoal.

De uma forma geral, o nosso objetivo foi atingido. Todas as utentes desenharam uma face triste ou sem expressão e com lágrimas nos olhos. Das seis senhoras, duas recusaram-se a falar sobre si próprias e de interpretar o desenho que tinham feito, apesar de o mostrarem ao grupo. Ainda que não tenham expressado os sentimentos através de palavras, fizeram-no através do desenho e do choro, sendo que todas as senhoras evidenciaram um fâcies menos tenso no final da dinâmica.

Uma outra senhora, apesar do desenho que tinha feito, afirmou não se sentir “triste nem deprimida” (sic); a única razão para a sua instabilidade era o conflito com o ex-marido e “enquanto estivesse internada, era como se estivesse de férias” (sic). A sua postura era sintónica com o que afirmava o que nos permitiu verificar que o juízo sobre o seu humor (depressivo) estaria, provavelmente, desatualizado.

As restantes três senhoras, evidenciaram conhecimento sobre a necessidade de haver alguma mudança e que a responsabilidade por esse trajeto seria delas, embora não houvesse uma definição muito clara dos objetivos a atingir.

Dinâmica de Grupo – 24/10/2011

Com o objetivo de promover a expressão de sentimentos, utilizámos uma dinâmica em que pedíamos aos quatro utentes presentes que, numa face de uma folha, escrevessem um aspeto positivo das suas vidas e, na face contrária, um aspeto negativo (todos os utentes tinham como semelhança o diagnóstico de Enfermagem “Humor depressivo” identificado. Mais uma vez e, à semelhança do já descrito na reflexão anterior, o nosso objetivo foi atingido uma vez que se proporcionou uma partilha de sentimentos e emoções, quer a nível verbal quer a nível não verbal (choro). Todos os utentes ficaram satisfeitos com a intervenção e, uma vez mais, os profissionais que estiveram presentes

na dinâmica, puderam efetuar uma avaliação muito mais precisa do estado e das necessidades dos utentes do que aqueles que não participaram.

Dinâmica de Grupo – 26/10/2011

Num grupo de seis utentes com o diagnóstico de enfermagem “Humor depressivo” identificado, o objetivo da dinâmica foi o de tentar direcionar os seus pensamentos para aspetos positivos das suas vidas e, de alguma forma, abstração dos problemas existentes.

A dinâmica, em si, foi muito rica mas não se conseguiu atingir o objetivo pré-definido. O que lhes foi pedido foi que desenhassem “o dia perfeito” mas, por muito que tentássemos redirecionar os seus discursos para o nosso objetivo, todos os doentes, sem exceção, se focalizaram unicamente nos aspetos negativos das suas vidas, evidenciando falta de esperança no futuro e vontade de viver diminuída. Houve, inclusivé, um doente que pediu para sair a meio da sessão uma vez que não estava a conseguir lidar adaptativamente com as emoções dos outros, tendo em conta que houve três doentes que choraram intensamente.

Apesar do objetivo em si não ter sido alcançado, foi do maior proveito, tanto para a grande maioria dos doentes que, como eles próprios afirmaram “conseguimos deitar tudo cá para fora” (sic), como para mim uma vez que, sendo pouco experiente neste tipo de intervenção, pude ter a noção que as dinâmicas nem sempre se desenrolam de acordo com o planeado e como atuar em casos semelhantes. Também o facto de me ter sentido mais à vontade em dinamizar uma sessão, comparativamente à dinâmica anterior, serve como catalisador para o continuar deste percurso de aprendizagem.

Dinâmica de Grupo – 09/11/2011

Particpei no planeamento e execução de uma Dinâmica de Grupo, conjuntamente com uma enfermeira especialista em SMP. Deste grupo, fizeram parte cinco utentes, todos com o fenómeno de enfermagem “Humor deprimido” identificado, sendo que o objetivo para quatro deles era o de estimular a interação e a expressão de sentimentos, através da dinâmica “Bilhete de Identidade” (onde se pedia que escrevessem os seus dados

biográficos essenciais e desenhassem o seu auto-retrato). O quinto elemento do grupo era um senhor de 45 anos que tinha dado entrada no serviço por “agravamento do quadro depressivo e ideação suicida”. Como a postura, contacto e interação do utente, no dia-a-dia do internamento, fazia a equipa de enfermagem colocar em dúvida este fenómeno identificado durante a avaliação inicial, o objetivo para este senhor era o de clarificar o seu humor.

De facto, as suspeitas da equipa confirmaram-se, tendo o utente, durante a dinâmica, se mostrado sorridente, muito expressivo e evidenciando alguns ganhos secundários com o internamento, nomeadamente, o afastamento dos problemas financeiros com que estava a lidar, tendo um sobrinho maior de idade mas que não trabalhava, a seu cargo. O utente demonstrou claramente que a sua intenção ao ser internado era, de algum modo, facilitar uma possível ajuda financeira por parte da assistente social. Relativamente aos restantes utentes, também o objetivo delineado foi atingido, sendo que, comparativamente a descrições anteriores, nada mais me parece pertinente acrescentar.

ANEXO VII – ESTUDO DE CASO (MÓDULO III)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de Caso

Estágio – Módulo III – Opcional

Unidade de Desabituação do Norte

Aluno: Carla Sofia da Silva Figueiredo

Sob orientação de: Professora Emília Preciosa Carvalho

Porto, Fevereiro de 2012

*"O degrau de uma escada não serve simplesmente para que alguém permaneça em cima dele.
Destina-se a sustentar o pé de um homem pelo tempo suficiente para que ele coloque o outro um
pouco mais alto."*

Thomas Huxley

0 – INTRODUÇÃO	5
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1 A Dependência de Álcool	7
1.2 A Motivação	10
1.3 A Técnica de Modificação Comportamental.....	13
2 – ESTUDO DE CASO	15
2.1 – Avaliação Inicial de Enfermagem	15
2.2 – Terapêutica atual	33
2.2.1 – Motivo da toma de cada medicação atual.....	33
2.2.2 – Principais efeitos secundários dos fármacos prescritos	37
2.3– Processo de enfermagem	40
3 – DISCUSSÃO.....	43
4 – CONCLUSÃO.....	44
5 - BIBLIOGRAFIA.....	45
ANEXOS	
ANEXO I - Escala SOCRATES - 1ª avaliação	
ANEXO II - Escala SADD	
ANEXO III - Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Hamilton - 1ª avaliação	
ANEXO IV - Escala de Auto-estima de Rosenberg - 1ª avaliação	
ANEXO V - Quadro utilizado na 1ª sessão	
ANEXO VI - Quadro utilizado na 3ª sessão	
ANEXO VII - Escala SOCRATES - 2ª avaliação	
ANEXO VIII - Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Hamilton - 2ª avaliação	
ANEXO IX - Escala de Auto-estima de Rosenberg - 2ª avaliação	
ANEXO X - Inventário de Resolução de Problemas	
ANEXO XI - Quadro síntese entregue ao utente	

SIGLAS

Bpm – batimentos por minuto

cp - comprimido

cpm – ciclos por minuto

DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EM – Entrevista Motivacional

ET – Equipa de tratamento

EV – endovenosa

GGT - Gama glutamil transpeptidase

IM – intra-muscular

IMB – Intervenção Motivacional Breve

IMC – Índice de Massa Corporal

mmHg – milímetros de mercúrio

PO – per-ós

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

SNC – Sistema Nervoso Central

TA – Tensão Arterial

TGO – Transaminase glutâmico oxalacética

TGP - Transaminase glutâmico pirúvica

TMC – Técnica de Modificação Comportamental

UDN – Unidade de Desabilitação do Norte

0 – INTRODUÇÃO

A realização deste estudo de caso insere-se no âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Módulo III, realizado na Unidade de Desabilitação do Norte no período compreendido entre 28 de Novembro de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012.

Galdeano, Rossi e Zago (2003) definem estudo de caso “*como uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada coleta de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações. É um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão*”. Os mesmos autores defendem que esta metodologia permite a observação, análise e descrição de uma determinada situação real, levando à aquisição de conhecimentos e experiências que podem ser úteis na tomada de decisão noutras situações. Este método de investigação inclui as etapas de recolha de informações, um processo de pensamento, constituído pela análise dos dados e determinação de soluções, e um processo de julgamento ou avaliação, permitindo o solucionar dos problemas identificados ao longo do estudo de caso. Pode portanto facilmente constatar-se que esta metodologia foi percursora dos planos de cuidados e, por conseguinte, do Processo de Enfermagem.

Para a concretização deste trabalho, foi utilizada uma seleção intencional e de conveniência. Foi selecionado um utente cuja duração de internamento prevista era de quinze dias (duração máxima do internamento na UDN) para possibilitar a implementação da técnica de modificação comportamental (TMC), uma vez que era um dos meus objetivos específicos para este Módulo de Estágio. De entre as várias opções de utentes internados com este critério, selecionei um cuja capacidade cognitiva e motivação para a mudança permitisse efetuar o respetivo trabalho.

Salvaguardando a proteção da confidencialidade de dados, no respeito pelo disposto na Lei de Bases da Saúde, na alínea d) do ponto 1) da sua Base XIV, respeitante ao direito dos utentes a terem “[...] rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados; [...]”, e do Dever de Sigilo preconizado no artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros, os nomes dos utentes foram protegidos, sendo apenas utilizadas as suas iniciais.

As observações foram realizadas mediante pesquisa documental - consulta dos registos de Enfermagem e entrevistas ao utente, com a aplicação de vários instrumentos psicométricos que serão apresentados em anexo.

Para a sua elaboração, utilizou-se uma metodologia descritiva e o seu objetivo principal é adquirir um maior conhecimento acerca da avaliação psiquiátrica, elaborar um plano de cuidados personalizado e adequado ao utente, identificando os problemas encontrados, as intervenções implementadas e os resultados obtidos. De forma crítica, irei efetuar uma breve reflexão tendo em conta os ganhos em saúde que se obtiveram e a adequação ou não das estratégias que se adotaram.

Tendo em conta o principal problema e comportamento a ser modificado que foi identificado no utente, ou seja, a Dependência de Álcool e a modalidade terapêutica utilizada para tentar dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados – a Técnica de Modificação Comportamental - este trabalho inicia-se com uma breve abordagem teórica sobre estas realidades. Faz-se ainda referência à temática da Motivação uma vez que é um aspeto central quando se trata de modificação de comportamentos associada ao consumo abusivo de substâncias. Segue-se depois o Estudo de Caso, a Discussão e a Conclusão.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I.1 A Dependência de Álcool

Townsend (2011), com base nos critérios definidos pela DSM-IV-TR define abuso de substância como “*um padrão mal adaptativo do uso de substâncias, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas com uso repetido da substância*”. O mesmo autor defende que a dependência surge quando “*há uma necessidade compulsiva ou crônica. A necessidade é tão forte ao ponto de gerar tensão (quer física ou psicológica) se não for satisfeita*”.

Townsend sublinha os critérios da DSM-IV-TR para a Dependência de Substâncias, em que devem estar presentes três das seguintes características:

- a) Evidências de tolerância conforme definido por qualquer dos seguintes:
 - Uma necessidade de aumento acentuado nas quantidades da substância para que se obtenha a intoxicação ou os efeitos desejados.
 - Diminuição acentuada no efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
- b) Evidências de sintomas de abstinência, manifestados por quaisquer dos seguintes:
 - A síndrome de abstinência característica da substância.
 - A mesma substância (ou uma substância intimamente relacionada) é tomada para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
- c) A substância é frequentemente tomada em maiores quantidades ou por um período mais longo do pretendido inicialmente.
- d) Há um desejo persistente ou esforços ineficazes para reduzir ou controlar o uso da substância.
- e) É gasto muito tempo em atividades necessárias à obtenção da substância, uso da substância ou recuperação dos seus efeitos.
- f) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância.
- g) O uso da substância é continuado apesar do indivíduo saber que tem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que foi provavelmente causado ou exacerbado pela substância.

É longa a história de consumo de álcool na humanidade e vários os fatores que levam as pessoas a ingerirem bebidas alcoólicas. No entanto, a noção do alcoolismo como doença e não apenas como vício surge apenas na segunda metade do século XIX.

Hoje em dia não há conhecimento de nenhuma teoria que explique por si só a etiologia das perturbações relacionadas com substâncias; há sim um conjunto de fatores predisponentes que se acredita, influenciarem a suscetibilidade de uma pessoa ao abuso de determinadas substâncias. Exemplos destes fatores são os biológicos (incluindo aspetos genéticos e bioquímicos), os psicológicos (de que fazem parte a personalidade e o desenvolvimento), os fatores socio-culturais (onde se incluem a aprendizagem social, o condicionamento e as influências étnicas e culturais).

Para Babor e Higgins-Biddle (2001) *“A síndrome de dependência do álcool consiste num conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos.(...) Os padrões de consumo nocivo são frequentemente criticados por terceiros, estando frequentemente associados a consequências sociais adversas de vários tipos. Não obstante, o facto de uma família ou de uma cultura não aprovar o consumo de bebidas alcoólicas não é, por si só, suficiente para justificar um diagnóstico de consumo nocivo.”*

Mello, Barrias e Breda (2001) afirmam *“Portugal, país situado entre os países-membros da União Europeia com um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de Problemas Ligados ao Álcool (PLA), tem vindo a integrar-se, nos últimos anos, na política geral europeia de controle dos PLA para uma melhor Saúde do indivíduo e da comunidade”.*

O álcool é uma substância formada pela reação do açúcar em fermentação com esporos de leveduras. Aquele que se encontra nas bebidas alcoólicas é denominado por álcool etílico e, a nível químico, por $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$. Apesar de ser considerado um alimento e do seu elevado teor calórico, o seu valor nutricional é completamente nulo.

O conteúdo alcoólico varia de bebida para bebida; no entanto, as doses habitualmente servidas de cada tipo de bebidas têm em conta esta mesma variação correspondendo todas a uma quantidade semelhantes de álcool puro entre elas.

O efeito do álcool no corpo humano faz sentir-se a vários níveis; sendo uma droga depressora do SNC leva muitas vezes a alterações do comportamento e do humor sendo que estas alterações são tanto mais evidentes quanto mais elevadas forem as concentrações de álcool no sangue. Segundo Townsend (2011), o corpo humano tem a capacidade de degradar cerca de

14 ml de álcool por hora; é de esperar que quando a quantidade ingerida é superior à degradada, estes efeitos potenciam-se ainda mais, podendo levar inclusive ao coma.

Jellinek (1952), citado por Townsend (2011) identifica quatro fases que o indivíduo alcoólico atravessa à medida que progride o seu padrão de ingestão da bebida: Fase I – Fase Pré-Alcoólica; Fase II – Fase Alcoólica Inicial; Fase III – Fase Crucial e Fase IV – Fase Crónica. Estas fases refletem um trajeto que vai desde o beber para aliviar situações de stress do dia a dia até à completa desintegração emocional e física do indivíduo.

Se é verdade que em doses baixas o álcool pode levar ao relaxamento, desinibição, desconcentração e sonolência, o abuso crónico traduz-se em alterações fisiológicas a nível de inúmeros sistemas. Exemplos de muitas das complicações frequentes são a neuropatia periférica, a miopatia alcoólica, a encefalopatia de Wernicke, a psicose de Korsakoff, a cardiomiopatia alcoólica, esofagite, gastrite, pancreatite, hepatite alcoólica, cirrose hepática, leucopenia, trombocitopenia, disfunção sexual, entre outras. Muitas vezes, numa fase em que a dependência já se instalou, quando o indivíduo é informado destas muitas consequências e percebe algumas das alterações que apresenta ou pode vir a apresentar, é muito difícil que consiga manter-se abstinente. O nosso papel na sociedade é fundamental num sentido de prevenção de danos / doença, educando para a saúde desde a fase da infância e não esquecendo a mulher grávida em que a exposição pré-natal ao álcool pode resultar numa ampla gama de perturbações do feto.

A este respeito, Mello, Barrias e Breda (2001) escrevem “*Na realidade, definir a situação que vulgarmente é designada por Alcoolismo, limitando-se aos efeitos do consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas, que acaba por determinar um estado de «dependência» ao álcool, responsável por doença física, psíquica e social do indivíduo, não tem satisfeito aqueles que encaram o álcool como causa, associada ou não, de outro tipo de patologia, não só individual mas também coletiva, e dizendo respeito à Saúde Pública. É o caso, por exemplo, das relações do álcool com a condução rodoviária, a criminalidade, a patologia laboral, as perturbações familiares e os seus efeitos sobre a criança - concepção, gestação, aleitamento, desenvolvimento e rendimento escolar*”.

Numa fase de intoxicação alcoólica (correspondendo a valores sanguíneos entre 100 e 200mg/dl) ocorre frequentemente desinibição dos impulsos sexuais ou agressivos, labilidade do humor, perturbações do funcionamento social ou ocupacional, fala arrastada ou descoordenação motora.

Quatro a doze horas após a cessação ou redução no uso intenso e prolongado de álcool, pode surgir o aparecimento de tremor grosseiro das mãos, língua ou pálpebras; náuseas ou vômitos;

mal estar ou fraqueza; taquicardia, sudorese, elevação da tensão arterial, ansiedade, humor deprimido ou irritabilidade; alucinações ou ilusões transitórias; cefaleias e insónias. Uma síndrome de abstinência complicada pode evoluir para o *delirium tremens*, situação que ocorre por norma ao fim do segundo ou terceiro dia de abstinência do álcool.

Para perceber melhor a explicação psicológica do conceito de dependência, Mello, Barrias e Breda (2001) destacam duas vertentes “ *A primeira fundamenta na «organização e funcionamento do indivíduo» a procura do álcool. Este desempenha para o indivíduo o «objeto substituto» privilegiado, num histórico evolutivo de uma personalidade pré-mórbida oral e narcísica. O alcoolismo é, assim, para os psicanalistas, um sintoma, «manifestação de um conflito não resolvido». A segunda, de natureza comportamental (Watson, Skinner, Miller), defende que o alcoolismo deixa de ter o significado de sintoma para constituir ele próprio a doença, sinónimo de comportamento inadequado e mal aprendido e, por conseguinte patológico. Pela sua ação ansiolítica, o álcool, tornado agente habitual de redução de tensão e ansiedade, de produção de alívio e bem-estar, constitui reforço para a persistência e repetição do comportamento alcoólico.*”

Em síntese e segundo ainda os mesmos autores, para um adequado tratamento do Alcoolismo, deve ter-se em conta a importância fundamental de todos os fatores acima mencionados (individuais, socio-ecológicos, culturais), por ser através da interação entre eles que se criam e desenvolvem as duas grandes e fundamentais determinantes da prevalência do Alcoolismo: os modelos de consumo e a vulnerabilidade ou proteção de cada indivíduo.

1.2 A Motivação

A Entrevista Motivacional (EM) foi desenvolvida por Miller e Rollnick. Segundo Andretta e Oliveira (2005, citando Miller e Rollnick, 2003) a E. M. “*tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças comportamentais, eliciando a resolução da ambivalência para mudanças de comportamento.*”

As mesmas autoras elegem a ambivalência como o primeiro passo a ser trabalhado no processo de mudança em que o comportamento se centra em problemas de dependência. A EM baseia-se no Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente em que é abordada a prontidão para mudança como estágios motivacionais nos quais o indivíduo transita. Estes

estágios não seguem uma trajetória retilínea, são flexíveis e a mudança comportamental reflete diversos níveis de motivação para a mudança.

Os estágios motivacionais denominam-se pré-contemplação, contemplação, determinação ou preparação, ação, manutenção e recaída. Na pré-contemplação não há a consciência da existência do problema e, se houver, a responsabilidade é de outras pessoas, nunca de si mesmo. Na contemplação, já se pensa em modificar alguma coisa, mas ainda não se fez nada para tal; na determinação ou preparação, já está concretizada a intenção de modificação e mudança, mas ainda é necessário um planejamento de ação; na ação, o sujeito está decidido a mudar e já está a fazer alguma coisa para a sua mudança de comportamento; na manutenção, deve-se manter os resultados obtidos nas etapas anteriores. A recaída ao padrão de consumo anterior, faz parte do processo de mudança e muitas vezes é o modo como a pessoa aprende e recomeça o tratamento de forma mais consciente (Andretta e Oliveira, 2005 citando Prochaska e DiClemente, 1999).

Miller e Rollnick definiram cinco princípios básicos obrigatórios a adotar durante a EM; são eles: expressar empatia, desenvolver a discrepância entre as metas desejadas e os comportamentos a serem modificados, evitar a confrontação para não aumentar a resistência ao tratamento, aceitar a resistência no sentido de trabalhar com ela, facilitando a resolução da ambivalência, e estimular a auto-eficácia para que o sujeito saiba que tem condições e estratégias para lidar com situações difíceis e obter êxito.

Andretta e Oliveira (2005) citam ainda Bundy (2004) e Miller e Rollnick (2001). Estes autores enumeraram seis elementos chaves que devem ser trabalhados durante o processo de mudança sintetizada pelo acrônimo inglês *FRAMES*: *Feedback* (devolução); *Responsibility* (responsabilidade); *Advice* (aconselhamento); *Menu* (alternativas); *Empathy* (empatia); *Self-efficacy* (auto-eficácia). Esta técnica, denominada Intervenção Motivacional Breve é indicada para ser aplicada numa única sessão e é baseada em várias terapias como a sistêmica, a centrada na pessoa e, principalmente, a cognitivo-comportamental.

Segundo Babor e Higgins-Biddle (2001) “*As intervenções breves são as práticas que têm por objetivo a identificação de um problema relacionado com o álcool – real ou potencial – e motivar o indivíduo a tomar uma atitude, visando a sua resolução*”. Os mesmos autores afirmam ainda que as intervenções breves têm vindo a tornar-se cada vez mais valiosas para lidar com indivíduos com problemas relacionados com o álcool; “*Uma vez que representam custos reduzidos e foi comprovada a sua eficácia em todo o âmbito dos problemas relacionados com o álcool, os*

profissionais de saúde e os responsáveis políticos têm vindo a concentrar-se neste tipo de intervenção como ferramentas para preencher a lacuna entre os esforços da prevenção primária e o tratamento mais intenso de indivíduos com graves problemas de abuso de álcool”.

Mathias e Cruz (2007) salientam a preocupação crescente dos profissionais de saúde em relação a tratamentos direcionados a problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas e destacam como principais dificuldades e motivos de abandono dos tratamentos a motivação para modificar ou interromper o uso dessas substâncias e as recaídas frequentes. Estes autores elegem então a Prevenção da Recaída (Marlatt e Gordon, 1993) e a EM como as duas abordagens psicoterapêuticas propostas para o tratamento específico de pessoas com este tipo de problema. A Prevenção da Recaída tem como objetivo capacitar os pacientes para prever e lidar com a recaída desenvolvendo habilidades para interromper a evolução da mesma.

Karkow, Caminha e Benetti (2005) defendem que se deve considerar “*os fatores que são citados por Beck et al. (1999) como os principais percussores do abandono terapêutico e da recaída - o craving e os impulsos descontrolados para consumir a droga. Conforme observam Beck et al. (1999), inicialmente, o terapeuta deverá avaliar a percepção idiossincrásica do paciente de seu craving*”. Ao longo do tratamento, o terapeuta deverá ajudar o paciente a reviver as suas experiências e a desenvolver formas mais adequadas de resolver estes problemas. Inicialmente devem identificar-se os pensamentos automáticos do paciente, associados a essa experiência. Os mesmos autores defendem que “*os pacientes poderão ser ajudados na redução do craving a partir de técnicas: de distração, de imaginação, respostas racionais a pensamentos automáticos relacionados com os impulsos, de programação de atividades e técnicas de relaxamento. Igualmente, será necessário orientar os pacientes no manejo de suas crenças disfuncionais que facilitam o consumo de drogas.*”

Assim sendo, as sessões desenvolvidas para a prevenção de recaída no indivíduo com consumo abusivo de substâncias têm como objetivo explorar a sua motivação, abordar crenças típicas a respeito do consumo da substância e promover habilidades de enfrentamento para situações que ameacem a sua abstinência, visando motivá-lo para a mudança.

1.3 A Técnica de Modificação Comportamental

Townsend (2011) define a Terapia Comportamental como “*uma forma de psicoterapia cujo objetivo é modificar padrões de comportamento mal adaptativos através do reforço de comportamentos adaptativos*”. Um comportamento pode ser considerado mal adaptativo quando interfere no funcionamento adaptativo do indivíduo, quando não se adequa à sua idade ou quando culturalmente não é aceite. Através de processos de aprendizagem, de interação do meio ambiente com a informação genética do indivíduo, este desenvolve um conjunto de comportamentos; estes serão problemáticos quando esta aprendizagem foi inadequada. Da mesma forma, através de uma aprendizagem apropriada, estes comportamentos podem ser corrigidos. Estes princípios da terapia comportamental têm como base os primeiros estudos do **condicionamento clássico de Pavlov (1927)** - em que demonstrou que um estímulo neutro podia adquirir a capacidade de suscitar uma resposta condicionada (uma resposta nova, aprendida) através da combinação com um estímulo não condicionado - e do **condicionamento operante de Skinner (1938)** - em que se deu atenção adicional às consequências da resposta como uma abordagem para a aprendizagem de novos comportamentos (a ligação entre um estímulo e uma resposta é fortalecida ou enfraquecida pelas consequências da resposta). Os procedimentos de modificação comportamental são frequentemente associados a procedimentos cognitivos, estando na origem do termo terapia cognitivo-comportamental.

Várias são as técnicas para modificar o comportamento de um utente. Townsend (2011) identifica algumas:

- *Shaping*: uma técnica na qual os reforços são dados para aproximações cada vez maiores à resposta desejada;
- Modelagem: refere-se à aprendizagem de novos comportamentos através da imitação do comportamento de outros;
- Princípio de Premack: esta técnica afirma que uma resposta que ocorre frequentemente pode servir de reforço positivo para uma resposta que ocorre com menos frequência;
- Extinção: diminuição gradual na frequência ou desaparecimento de uma resposta quando o reforço positivo é retido;
- Contratação contingente: um contrato é elaborado especificando uma alteração de comportamento concreta e os reforços a ser dados pelo cumprimento dos comportamentos desejados;

- *Time out*: estímulo aversivo ou punição durante o qual o cliente é removido do meio onde o comportamento inaceitável está a ser exibido;
- Inibição recíproca: diminui ou elimina um comportamento através da introdução de um comportamento mais adaptativo que seja incompatível com o comportamento inaceitável;
- Sensibilização manifesta: tipo de terapia de aversão que produz consequências desagradáveis para o comportamento indesejado;
- Sensibilização coberta: baseada na imaginação do indivíduo para produzir consequências desagradáveis para comportamentos indesejados;
- Dessensibilização sistemática: utilizada para ultrapassar fobias na qual existe uma hierarquia de eventos produtores de ansiedade através dos quais o indivíduo progride;
- Flooding ou Terapia implosiva: dessensibiliza os indivíduos dos estímulos fóbicos através de uma apresentação contínua de estímulos fóbicos, através de imagens mentais, até que estes deixem de causar ansiedade.

2 – ESTUDO DE CASO

Para a recolha dos dados que compõem a avaliação inicial que se segue, adaptou-se a avaliação que está em uso na UDN e foi efetuada no dia 09/01/2012 (data de admissão do utente). Houve determinados dados que foram recolhidos no dia 12/01/2012 – estes dados prenderam-se com a necessidade do estabelecimento de uma relação terapêutica prévia, que possibilitasse a confiança necessária para que o utente partilhasse comigo certos aspetos da sua história de vida.

2.1 – Avaliação Inicial de Enfermagem

Data de admissão: 09/01/2012, tendo vindo acompanhado pela esposa e filha.

História Biopsicossocial

Nome: B. R. M. A.

Sexo: Masculino

Idade: 33 anos

Estado civil: Casado

Agregado familiar composto por: esposa e filha

Área de residência: Porto

Naturalidade: Porto

Nacionalidade: Portuguesa

Habilitações literárias: 5º ano

Situação profissional: empregado (recebe “à comissão”)

Profissão: Vendedor de bilhetes de sorteio numa Associação de Bombeiros

Fonte de rendimento – Rendimento mínimo e ordenado da esposa

Religião: Católica não praticante

Relação com familiares e vizinhos: Apenas se relaciona com alguma proximidade com uma vizinha; com os restantes vizinhos, “pelo facto de serem toxicodependentes, opta por não manter qualquer relação” (sic).

Processo do Adoecer

O Sr. B. foi criado num Bairro social problemático na zona do Porto; a sua mãe é alcoólica, tendo este sido criado pela avó paterna. Frequentou a escola até aos 13 anos mas, como contava já com duas reprovações, a sua avó tirou-o do ensino e começou a trabalhar como estafeta de peças de automóvel. Também por esta idade, iniciou-se no tráfico de drogas e consumo de *cannabis*. Aos 16 anos, a empresa onde trabalhava foi sujeita a uma inspeção tendo o Sr. B. ficado sem trabalho. Nesta altura, inicia consumo de heroína e cocaína fumadas, consumos estes que se mantiveram até aos 25 anos de idade. Entre os 23 e os 28 anos esteve em Lisboa a trabalhar e foi aqui que conheceu a esposa, também ela toxicodependente. Aos 25 anos do Sr. B., por insistência da esposa, iniciam ambos programa de agonista opiáceo com metadona, tendo ficado abstinente de heroína e cocaína até à data. Passado pouco tempo (que não sabe quantificar) inicia consumo abusivo de álcool aliado a *cannabis*.

No início de 2010 teve um primeiro internamento na UDN em Cedofeita, tendo-se mantido abstinente por cerca de dois ou três meses.

História Clínica:

Como antecedentes pessoais, o Sr B. apresenta Asma brônquica desde a infância, sendo apenas seguido pelo médico de família e fazendo medicação para o efeito (Symbicort®).

Na infância (18 meses de idade) foi submetido a intervenção cirúrgica devido a uma estenose gastro-pilórica.

Desde há quatro anos é seguido em Consulta de Infeciologia por Hepatite C – de acordo com o processo clínico, na altura decidiram não iniciar tratamento dado que o HCV era detetado positivo mas não se encontrava material genético do vírus. Segundo o doente, mantém em seguimento em consulta mas ter-lhe-ão dito que estava “curado” (sic).

Desconhece alergias medicamentosas ou alimentares.

História Psiquiátrica

No período em que esteve em Lisboa foi seguido no CAT de Chelas; desde há 5 anos para cá, quando regressou ao Porto, começou a ser seguido na ET Oriental.

Diz que não lhe é marcada consulta de seguimento entre uma e outra e que recorre ao seu terapeuta sempre que sente que não está bem ou quando necessita de receitas

Vivência da Doença / Adaptação à Doença

Assume-se como alcoólico e associa o início dos consumos problemáticos (na altura, heroína e cocaína) com o meio envolvente em que foi criado. Numa fase inicial, não consegue identificar o porquê de ter iniciado consumos de álcool nem de ter recaído após o primeiro internamento. Apresenta alguma dificuldade em lidar com seus problemas e sentimentos internos e com as suas frustrações, não se mostrando muito à vontade em aprofundá-los; à medida que a relação terapêutica se foi estruturando de forma mais sólida, foi possível contornar esta situação de uma forma que penso ter sido adequada.

História Atual de Doença

Identificando a filha como fator potenciador para procurar ajuda para o seu problema de saúde mas conseguindo enumerar também outras consequências do uso abusivo do álcool (a nível familiar, económico e social), solicita ao seu terapeuta da ET Oriental internamento para desintoxicação alcoólica.

Os dados relativos à história da doença atual que aqui se apresentam foram obtidos por meio de consulta do Processo clínico do doente e de entrevista com o mesmo, sintetizando a evolução do doente ao longo do internamento.

Dia 09/01/2012: Doente é admitido na UDN. À chegada, encontra-se com sinais físicos de ansiedade e vem acompanhado pela esposa e filha. Bastante colaborante na entrevista inicial e refere que os últimos consumos constaram de 2 favaiois com cerveja e 1 dose de haxixe, imediatamente antes de entrar para o serviço.

Dia 10/01/2012: Estabelecimento do primeiro contacto com o utente. Ao longo do dia, manteve-se algo sonolento (devido ao efeito da medicação instituída). Comportamento e postura adequadas e ajustados à situação, tendo estado calmo e colaborante com os profissionais de saúde, apesar de referir alguma ansiedade.

Dia 11/01/2012: Doente apresentou um contacto físico próximo com uma outra utente internada, razão pela qual foram chamados à atenção (dado irem contra as regras da instituição).

Dia 12/01/2012: Abordado o doente no sentido da minha intenção em desenvolver com ele um trabalho utilizando a técnica de modificação comportamental, com vista à manutenção da sua abstinência alcoólica, caso este se encontrasse motivado para o fazer, situação que o Sr. B. prontamente aceitou. Foi-lhe explicado que seria sempre mantido o seu anonimato e que, a qualquer altura, poderia desistir. De salientar que, dado o curto internamento (apenas 15 dias), o tempo entre sessões foi encurtado por forma a conseguir possibilitar ao utente ter alta com o máximo de estratégias de enfrentamento possível.

Numa fase inicial, foram-lhe aplicados alguns instrumentos que me possibilitassem perceber melhor a sua motivação, avaliar o seu grau de dependência alcoólica e detetar até que ponto é que a ansiedade poderia interferir com o sucesso do internamento e tratamento. Desta forma, utilizei a SOCRATES (demonstrando que reconhecia que tinha um problema mas que não estava preparado para mudar), a SADD (evidenciando que o seu grau de dependência era grave) e Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Hamilton (cuja presença se revelou a um nível moderado) - ANEXOS I, II e III respetivamente. Optei por uma escala de auto-preenchimento por forma a que fosse mais estimulante para o utente, uma vez que este ainda se encontrava algo sonolento.

De seguida, através da escuta ativa e de uma relação empática, pude perceber mais detalhadamente a história de vida do Sr B., por forma a conseguir colher mais aprofundadamente alguns dos dados que constam na Avaliação Inicial. Pude também aperceber-me que o doente não tinha a noção da forma como, fisicamente, já estava afetado pelo uso abusivo do álcool. De salientar: ecografia abdominal – “sinais de franca esteatose tradutora de hepatopatia crónica do tipo cirrótico”; análises sanguíneas: TGO – 216 U/l, TGP – 227 U/l, GGT – 181 U/l, quando os valores de referência são respetivamente <35, <35 e <38 U/l e o facto de na semana anterior a ser internado ter apresentado quadro de hematemese, sem que tivesse permitido o estudo endoscópico no hospital.

Expliquei o pretendido com as sessões que se pretendia desenvolver e agendei a primeira para o dia seguinte.

No dia 13/01/2012: Neste dia, o utente encontrava-se algo ansioso uma vez que estava obstipado há 5 dias e, tendo dado conhecimento desta situação ao médico, este não instituiu qualquer medida farmacológica. Foi-lhe aconselhado que aumentasse a ingestão hídrica, a

deambulação e que auto-massajasse a região abdominal e que, entretanto, iríamos tentar contactar o médico de permanência, tendo o Sr. B. ficado mais calmo.

Na última entrevista ao utente, tinha ficado com algumas dúvidas em relação à forma como ele percecionava a sua auto-estima; desta forma, foi-lhe aplicado a escala de Auto-estima de Rosenberg (ANEXO IV) tendo-se identificado que se encontrava diminuída em grau moderado.

Iniciei a primeira sessão da técnica de modificação comportamental, após fazer com que o utente tivesse conhecimento dos resultados das análises e exames efetuados e da forma como a sua situação física tinha piorado em tão pouco tempo (no último internamento, os valores das transaminases encontravam-se dentro dos valores normais). Com esta intervenção pretendi dar resposta à fase “Feedback” do acrónimo FRAMES anteriormente referido.

Se no dia anterior me tinha aparentado desvalorizar esta questão, ao ver os resultados, ficou visivelmente preocupado com a sua situação e com o desfecho mais provável caso não cessasse os consumos de álcool.

Nesta primeira sessão, utilizei um quadro (ANEXO V) onde lhe pedi que identificasse o comportamento que necessitava de ser mudado, quais as vantagens e desvantagens do comportamento adotado e quais os estímulos que aumentavam o comportamento, ou seja, quais as situações que o fizeram recair no passado e que ele identificasse como potenciais ameaças à sua abstinência. Desde o início foi reforçada a ideia que o trajeto de recuperação percorrido só seria produtivo se o utente se empenhasse no mesmo, uma vez que ele era o único interessado e responsável pela sua situação, indo de encontro à fase “Responsability” do FRAMES.

A única fase em que o Sr. B. hesitou um pouco foi na identificação das situações problemáticas, tendo acabado por admitir que era algo impulsivo, orgulhoso e com alguma dificuldade em lidar com os seus sentimentos e frustrações. Constatei que, de facto, sem a relação terapêutica não se cria um ambiente de confiança, imprescindível para o trabalhar de determinadas dimensões mais íntimas. Neste dia, o Sr. B. conseguiu identificar questões problemáticas na sua vida e admitir a sua dificuldade em lidar adaptativamente com elas, sendo que no dia anterior, tinha mascarado por completo estas mesmas questões.

Foi-lhe solicitado que refletisse de forma aprofundada sobre estas situações de estímulo, que seriam mais detalhadamente discutidas no dia 16/01/2012, quando se realizaria a segunda sessão.

Dia 14/01/2012: Utente foi observado pelo médico devido a queixas de obstipação – iniciou administração de lactulose a horas certas e foi-lhe prescrito butilescopolamina em SOS.

Dia 15/01/2012: Doente referiu ansiedade em grau moderado associada a ressaca. Por indicação médica foi administrado lorazepam 2,5 mg e diazepam 5mg PO às 12h45, que surtiu efeito.

Dia 16/01/2012: Esta sessão iniciou-se com um resumo da anterior e do percurso traçado pelo Sr. B. até este momento. Foi-lhe reforçada a sua evolução a nível de expressão de sentimentos e de identificação de dificuldades sentidas, situação que vem de encontro ao pretendido com o “Self-efficacy” do FRAMES.

De uma forma sintética, foi-lhe explicado que ao longo do seu trajeto de vida, houve determinados fatores e mecanismos de aprendizagem que fizeram com recorresse permanentemente ao uso de substâncias psicoativas, impedindo-o de lidar adaptativamente com as situações problemáticas. Da mesma forma, expliquei-lhe que, se conseguisse treinar o suficiente, conseguiria “habituar o seu cérebro” a responder de forma mais adaptativa a situações geradoras de impulso.

Foram novamente reforçadas as consequências negativas do abuso de álcool e foi-lhe pedido que avaliasse o seu comportamento como forma a que, cada vez mais, interiorizasse como deve atuar daqui para a frente; de salientar que, com o decorrer das sessões, o utente tem apresentado cada vez mais capacidade de expressão (enquanto que, no início respondia com frases curtas, neste momento, apresenta um discurso fluente e inclusive, quando estou a explicar-lhe determinados mecanismos de funcionamento, ele interrompe para efetuar paralelismos com a sua vida pessoal).

Foi-lhe solicitado que se imaginasse dentro de cada uma das situações anteriormente identificadas como potenciadoras de uma recaída para as discutirmos aprofundadamente e evitar futuras respostas impulsivas.

Nesta sessão, o Sr B. afirmou que dois dos estímulos identificados na sessão anterior (nomeadamente o facto de ter bebido cerveja sem álcool e o facto de estar desempregado) tinham constituído situações que potenciaram a recaída depois do internamento anterior mas que, neste momento, já não faziam sentido uma vez que já tinha interiorizado que não poderia beber esse tipo de bebida e, a nível laboral, apesar do salário relativamente baixo, era suficiente para as suas despesas e ocupava-lhe grande parte do tempo.

No entanto, uma outra situação surgiu – o facto de gostar e de comer habitualmente determinadas refeições confeccionadas com álcool. Foi alertado para a necessidade da sua

esposa ter esta noção e colaborar no seu tratamento e incentivado a não ingerir este tipo de alimentos, com exceção em locais em que tenha confiança para explicar o seu problema e a sua necessidade em que estas refeições sejam cozinhadas sem álcool. Este foi um dos muitos momentos em que a fase “Advice” do FRAMES foi evidente.

Também em resposta à questão identificada na sessão anterior “Porque é que no internamento não sinto a falta do álcool e do haxixe?”, o Sr. B. identificou como causas o facto de ter permanentemente com o que se distrair (evidenciando as consequências da atividade física e recreativa negligenciadas bem como de uma interação social diminuída) e o estar afastado dos seus problemas (reforçando a conclusão a que já havíamos chegado em relação à sua falta de estratégias de *coping*).

Após a discussão destas mesmas situações, foi pedido ao Sr. B. que, por escrito, identificasse as estratégias que iria utilizar no futuro como resposta a cada uma das situações identificadas. Foi informado que na sessão seguinte (18/01) iríamos discutir os prós e contras de cada uma das estratégias por ele identificadas a fim de se tornar mais visível as suas forças e fraquezas.

No fim desta sessão, o utente foi também questionado acerca da sua opinião em relação à pertinência do trabalho até aqui desenvolvido ao que o mesmo respondeu que o estava a ajudar bastante, na medida em que expressava questões anteriormente “*tabus*” e que o auxiliava a ter respostas mais adequadas nas situações de vida.

Neste mesmo dia, o utente foi teve uma consulta com uma médica dentista (ao abrigo do protocolo existente entre a UDN e uma Instituição de Ensino Superior). Nesta consulta, foi informado que tinha que efetuar extração de todas as peças dentárias. Foi reforçada a necessidade do estabelecimento de objetivos e metas futuras (no qual se poderia incluir o tratamento dentário) e explicado que o dinheiro anteriormente gasto poderia ser empregue neste mesmo tratamento.

Dia 17/01/2012: Utente teve um comportamento desadequado com um assistente operacional, utilizando linguagem menos própria. Foi chamado à atenção pelo ocorrido, sendo que imediatamente a seguir se desculpou dizendo que não se voltaria a repetir.

Dia 18/01/2012: Esta sessão iniciou-se com um resumo das anteriores e do percurso traçado pelo Sr. B. até este momento. Foi-lhe reforçada a sua evolução a nível de expressão de sentimentos, de identificação de dificuldades sentidas e de estratégias em como lidar com as mesmas.

Em relação ao que tinha sido anteriormente solicitado ao Sr. B. (que identificasse as estratégias que ele iria utilizar em resposta às situações que ele já tinha selecionado como problemáticas e

potenciadoras de uma recaída), esta tarefa não foi totalmente atingida. Isto aconteceu porque o utente não percebeu exatamente aquilo que era pretendido, o que fez com a sessão se iniciasse com esta atividade. Seguidamente, as estratégias foram discutidas, avaliando as forças e fraquezas de cada uma delas a fim de selecionar aquela(s) que era(m) mais adequada(s). O trabalho efetuado está sintetizado num quadro (ANEXO VI).

Para a próxima sessão (agendada para o dia 21/01/2012) foi pedido ao utente que ele identificasse por escrito os objetivos pessoais, laborais, financeiros, sociais e familiares que ele pretendia atingir a curto (até 3 meses), médio (3 meses a 1 ano) e longo prazo (depois de 1 ano). Foi-lhe reforçada a importância da definição de metas pessoais no seu processo de reabilitação.

De salientar que neste dia, tivemos a informação que o utente estaria internado a mando do Tribunal, na sequência de ter apontado uma arma à sua esposa. A versão que o utente contou foi que, na sequência de uma discussão com a esposa, ele ter-lhe-ia apontado uma arma e ela teria apresentado queixa contra ele. Terá ido realmente a tribunal mas, no decorrer da audiência, a esposa teria desistido da queixa. Informou-me ainda que, quando esta situação ocorreu, já teria solicitado ao seu terapeuta internamento para desintoxicação, sendo que esta decisão teria sido totalmente voluntária.

Dia 20/01/2012: Utente referiu sentir-se muito ansioso pelo que lhe foi administrado lorazepam 2,5 mg PO cerca das 11h30 – surtiu efeito.

Dia 21/01/2012: Mais uma vez, iniciámos a sessão com uma breve síntese do percurso traçado até este momento elogiando a evolução do utente. No entanto, quando lhe solicitei que me mostrasse o que havia escrito relativamente à identificação dos objetivos que pretendia atingir, este pediu desculpas pelo facto de se ter esquecido não só de os escrever como, inclusive, de ter pensado sobre eles.

Retorqui que não era a mim que necessitava de pedir desculpas mas sim a si próprio, na medida em que seria ele o único beneficiado e responsável pelo seu projeto de recuperação. Informei-o também do significado que eu atribuía ao facto de se ter esquecido – o não estar realmente interessado e envolvido em fazer algo por não recair. O utente negou esta razão e pediu se poderia entregar a definição de objetivos no dia 23/01/2012 (dia da sua alta). Respondi evidentemente que sim reforçando a importância dessa tarefa para o seu percurso e não apenas como parte integrante do trabalho que estávamos a desenvolver.

A sessão continuou com a aplicação de diferentes instrumentos psicométricos (ANEXOS VII, VIII e IX) por forma a perceber em que medida é que teria havido evolução por parte do

utente, ao nível da motivação para a mudança, ansiedade e auto-estima. Todas elas demonstraram uma evolução positiva, o que me faz questionar acerca da sua veracidade uma vez que não é condizente com a atitude que relatei anteriormente.

Apliquei ainda o Inventário de Resolução de Problema (ANEXO X) como forma de validar em que medida é que o utente teria estratégias de *coping* eficazes para lidar com os seus problemas. O seu resultado (estratégias de *coping* ineficaz em grau elevado) pareceu-me correspondente ao real numa pessoa que, ao longo de toda a sua vida, recorreu ao uso de substâncias psicoativas.

Dia 23/01/2012: Neste dia, cerca das 08h45, quando o utente veio ao gabinete de enfermagem para ser avaliado, teve a preocupação de vir informar-me que não tinha escrito os objetivos que pretendia atingir porque tinha sido essa a atividade desenvolvida na sessão do dia anterior de prevenção de recaída. Infelizmente, quando fui consultar o registo da mesma, pude constatar que não correspondia à verdade na medida em que essa atividade consistia no planeamento do fim de semana ideal, sendo que não explicitou nenhum objetivo concreto na mesma.

Tal como prometido, entreguei-lhe uma tabela com o resumo das sessões desenvolvidas, funcionando como SOS na adoção de estratégias de enfrentamento eficazes, em caso de situações problemáticas do dia a dia, numa situação imediata do pós-alta (ANEXO XI). Ao efetuar esta intervenção, o meu objetivo era desenvolver um “Menu de recomendações” de forma mais organizada uma vez que, apesar do utente parecer desvalorizar a provável dificuldade que irá sentir em não recair, a verdade é que, ao longo de toda a sua vida, recorreu ao uso de substâncias psicoativas, dificultando-lhe o desenvolvimento de estratégias eficazes de resolução de problemas.

O utente teve alta às 9h30.

História Familiar

Diz relacionar-se bem com os pais apesar desta relação não ser muito próxima (costuma ir a casa deles uma vez por mês). A mãe é alcoólica e estará abstinente há cerca de dois anos. Em relação ao pai, não haverá história de consumo abusivo de substâncias.

Foi criado pela avó paterna, mas não especifica com clareza o porquê – diz apenas que era o “menino bonito da avó” (sic) e que, por isso, foi viver com ela.

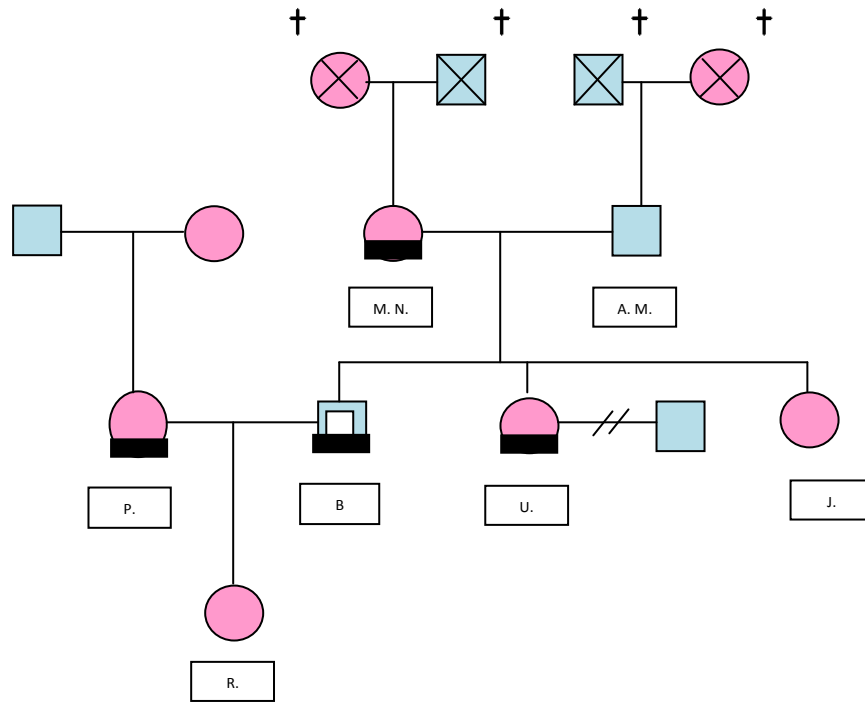
Tem duas irmãs, uma com 32 anos, divorciada, que será alcoólica e com quem terá uma relação distante e conflituosa e uma outra de 24 anos, solteira, sem consumos abusivos conhecidos. Com esta última afirma não ter um contacto recorrente; refere que a irmã é “muito senhora do seu nariz” (sic), o que faz com que não estejam tão próximos. No entanto, identifica-a como uma das pessoas que mais incentiva à sua abstinência.

Fala da esposa sempre como a pessoa mais significativa da sua vida. É toxicodependente, abstinente de heroína há cerca de 8 anos e em programa de metadona desde essa altura. Terá sido a esposa que o incentivou a também aderir ao programa com agonista opiáceo. Estão juntos há 9 anos e diz relacionarem-se bem apesar de não aprofundar muito este tema.









Têm uma filha de 4 anos de quem, sempre que fala, chora e será por ela que está a fazer o tratamento de desintoxicação alcoólica. Se por um lado identifica as brincadeiras com a filha como uma das atividades que mais prazer lhe dá, por outro, diz que esta é muito irrequieta e que muitas vezes, não tem paciência para estar com ela.

Os sogros vivem no Algarve e, apesar da distância física, diz ter um bom relacionamento com eles; normalmente passam férias anualmente juntos.

Genograma



Legenda:

-  Utente alvo de intervenção
-  Mulher
-  Homem
-  Mulher com abuso de álcool / droga
-  Homem com abuso de álcool / droga
- †  Mulher falecida
- †  Homem falecido
- //  Divórcio

História Social

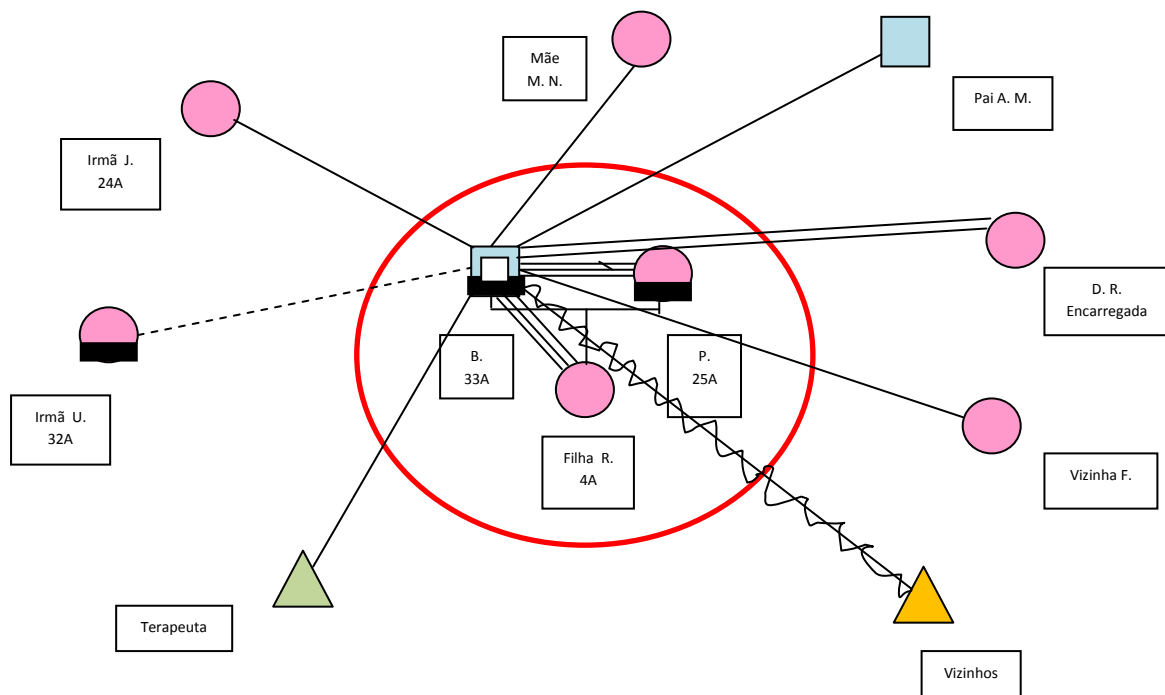
O grupo das pessoas significativas é composto essencialmente pelos familiares anteriormente referidos (apesar de, mesmo com estes, a relação não ser de muita proximidade).

Referencia como outras pessoas importantes na sua vida a sua encarregada no local de trabalho, D. R. (que, segundo o utente, se mostra bastante satisfeita com o seu desempenho profissional e preocupada com que este se mantenha abstinente) e uma vizinha (com quem diz poder contar em situações difíceis).

Identifica alguns amigos “verdadeiros” mas não se debruça muito sobre esta amizade e não fazem parte do grupo de pessoas que nomeia com quem poder contar em caso de ameaça de uma recaída.

Verbaliza ainda poder sempre contar com a disponibilidade e apoio do seu terapeuta na ET Oriental, onde é seguido.

Ecomapa



Legenda:

- Relação fraca
- ==== Relação de intensidade moderada
- ===== Relação forte
- ~~~~~ Relação conflituosa

História do Desenvolvimento

Segundo o utente, o relato dos seus familiares era o de que foi uma criança alegre e brincalhona, com muitos amigos.

A adolescência foi marcada pelo início do tráfico e posterior consumo de drogas ilícitas, sendo estes os dois únicos aspetos que o utente foca como sendo o resumo desta etapa de vida.

Na idade adulta, tem dado continuidade à etapa anterior. Demonstra alguma incoerência na medida em que afirma ter boas relações com as pessoas mas, simultaneamente, assume-se como muito desconfiado e quando pedimos para enumerar essas pessoas, estas surgem lenta e faseadamente.

História Ocupacional e Educacional

A nível escolar, teve duas reprovações (no 5º e 6º anos), nunca tendo gostado de estudar nem de frequentar a escola.

A nível profissional, por onde tem passado, diz que sempre gostaram do seu trabalho e que sempre foi responsável (apesar de mais tarde confessar que ingere bebidas alcoólicas antes e durante o período laboral).

Segundo o utente, o facto de estar “mais ou menos desempregado” fez com que os consumos fossem ainda maiores e que o desmotivasse na luta pela abstinência. Atualmente, não identifica este aspeto como problemático uma vez que o mantém ocupado grande parte do dia e, o que ganha, é suficiente para os seus gastos.

Exame Físico

Sinais Vitais:

TA: 101/66 mmHg

Pulso: 91 bpm Características: cheio, regular

Temperatura axilar: 36,3°C

Respiração: 20 cpm Características: mista, regular, sem utilização dos músculos acessórios

Dor: Lombalgias Características: moedeira, associa a “ressaca”

Estado nutricional:

Peso: 54 kg

Altura: 168 cm

IMC: 18,9 kg/m²

Observações: Bom estado nutricional

Cabeça / Tronco / Membros:

Assimétrico: Não

Deformidades: Não

Cicatrizes: Sim (punho direito, em fase de cicatrização decorrente de corte com um vidro num confronto físico com outra pessoa, cerca de três semanas antes do internamento)

Próteses: Não

Visão: Normal

Audição: Boa

Pele e mucosas:

Coradas: Sim (apesar de ligeiramente ictéricas)

Edemas: Ausentes

Hidratadas: Sim

Íntegras: Sim (à exceção de cicatriz em fase de epitelização)

Hábitos de Vida

Autocuidado: Higiene

Totalmente independente no autocuidado.

Autocuidado: Vestuário

Totalmente independente no autocuidado.

Autocuidado: comer

Nº de refeições por dia: 2 ou 3 (almoço e jantar; lancha ocasionalmente)

O que ingere em cada refeição:

Almoço: o que houver disponível no café

Lanche: um lanche ou bola de carne

Jantar: sopa e refeição confeccionada pela esposa (não especifica qual a forma mais frequente de confecção dos alimentos, diz ser variada)

Praticamente não ingere fruta nem outros vegetais para além dos que contém na sopa.

Necessita de assistência no autocuidado: Não

Autocuidado: beber

Independente no autocuidado. Refere, no entanto, aporte hídrico muito insuficiente.

Autocuidado: atividade recreativa

Negligenciado, não fazendo referência a atividade prévia, exceto jogar playstation® (ocasionalmente, com a filha ou um amigo mas na maioria das vezes fá-lo sozinho).

Autocuidado: atividade física

Comprometido, sendo uma situação que o acompanhou ao longo da sua vida.

Autocuidado: sono-reposo

Horas de sono: 7,5 horas noturnas mais períodos de sono diurnos

Reposo durante o dia: Sim (cerca de 2 a 3 horas)

Recurso a medicação: Sim (à noite, Triticum)

Qualidade do sono: Não reparador (refere que acorda cansado)

Insónia: Não

Eliminação intestinal:

Sem alterações – tem dejeções diariamente sem recurso a medicação laxante; no internamento, desenvolveu quadro de obstipação solucionado com recurso à administração de lactulose.

Eliminação urinária:

Refere períodos em que apresenta polaquiúria e com micções em pequenas quantidades, sobretudo no período noturno.

Estilos de Vida: Uso de Substâncias

Consumo de tabaco: Sim (30 cigarros / dia)

Consumo de drogas: Sim (cannabis 2 doses / dia)

Consumo de álcool: Sim (cerca de 15 favaios e 15 cervejas / dia, iniciando o consumo imediatamente após acordar)

Consumo de cafeína: Sim (quantidade variável mas no mínimo, 3 cafés por dia)

Exame Psicológico

Interação Social

Relação (Contacto): Fácil

Comunicação: Não alterada

Estado de consciência: Vigil

Orientação

Autopsíquica: Sim

Alopsíquica: Sim

Comportamento: Adequado

História de comportamento agressivo – refere ter-se envolvido em várias zaragatas, desde que iniciou consumo abusivo de álcool. Em casa, devido ao seu auto-controlo: impulso ineficaz, fecha-se frequentemente no quarto e dá socos nas paredes. Pontualmente, aquando de discussões com a esposa, terá havido situações de agressão física por parte do Sr. B.

Humor: Eutímico

Ideação suicida: Não

Memória: Alterada (refere dificuldade em evocar factos recentes, situação que se iniciou recentemente)

Afetividade: Sem alterações

Fobias: Não

Perceção

Alucinações: Não

Pensamento

Curso: Não alterado

Forma: Não alterado

Conteúdo: Não alterado

Auto-estima

Verbalização de auto-aceitação: Não

Manutenção de uma postura ereta: Não (mas provavelmente devido a alguma sonolência induzida pela medicação dado estar numa fase inicial do internamento e com risco de desenvolvimento de síndrome de privação).

Manutenção de contacto olho-no-olho: Sim

Desejo de confrontar os outros: Não

Descrição de sucesso nos grupos sociais: Não

Descrição de orgulho de si mesmo: Não

Sentimentos de auto-valorização: Não

Em anexo (ANEXOS IV e IX), encontra-se o preenchimento da Escala de Auto-estima de Rosenberg, aplicada no início e no fim das sessões de TMC, tendo-se verificado “Auto-estima diminuída em grau moderado” inicialmente e “Auto-estima diminuída em grau reduzido” na fase final.

Expectativas

Verbaliza esperança em que o internamento e os profissionais aqui presentes o consigam ajudar a manter-se abstinente. Identifica a filha como fator preponderante no seu desejo de conseguir evitar uma recaída.

2.2 – Terapêutica atual

Cloreto de Sódio 1000cc + 200mg de Tiapridal EV (início a 09/01 e término a 13/01 – administrar de manhã)

Tiamina IM - 1 ampola às 9h00 (início a 09/01 e término a 15/01)

Neurobion PO – 1 cp às 9h, 1 cp às 13h e 1 cp às 19h (início a 15/01)

Tiaprida 100mg PO – 2 cp às 9h, 1cp às 13h, 1cp às 19h e 1 cp às 22h (início a 13/01)

Oxcarbazepina 300mg PO – 1cp às 9h e 1cp às 19h

Diazepam 5mg PO – 1cp às 9h, 1cp às 16h, 1cp às 22h

Diazepam 10mg IM – em SOS

Triticum AC 150mg PO – 1/3 cp às 22h (medicação domiciliária)

Esomeprazol 20mg PO – 1cp 15 minutos antes do pequeno-almoço e do jantar (medicação domiciliária)

Symbicort 160/4,5 mg – 1 inalação de manhã e 1 à noite (medicação domiciliária)

Metadona 45mg PO – às 16h (medicação domiciliária)

Lorazepam 2,5 mg PO – 1cp em SOS

Zolpidem 10mg PO – 1cp em SOS

Lactulose 15 ml PO – às 9h e às 22h

2.2.1 – Motivo da toma de cada medicação atual

Cloreto de Sódio

A soroterapia está indicada na reposição de líquidos em hipovolémia, reposição de substâncias pelas as quais o organismo esta deficiente, suprimento nutritivo ou diluição de medicamentos irritantes. O álcool tanto pode ser considerado como um “medicamento irritante” como causa frequentemente a desidratação do indivíduo.

Tiamina

A Vitamina B1 (nome químico tiamina) tem como funções no organismo: importante para o bom funcionamento do sistema nervoso, dos músculos e do coração; auxilia as células no metabolismo da glicose e a sua deficiência causa lesão cerebral potencialmente irreversível.

A carência desta vitamina na alimentação humana pode conduzir à avitaminose, apresentando diferentes quadros clínicos, incluindo a Síndrome de Wernicke-Korsakoff e o beribéri.

Sinais de carência: Insônia, nervosismo, irritação, fadiga, depressão, perda de apetite e energia, dores no abdômen e no peito, sensação de agulhadas e queimadura nos pés, perda do tato e da memória, problemas de concentração.

A deficiência ocorre frequentemente em pacientes com dependência de álcool, desnutridos, com vômitos frequentes e após cirurgia bariátrica (gastroplastia redutora). A terapia de reposição é necessária para impedir a neuropatia, confusão e encefalopatia.

Neurobion (Cianocobalamina + Piridoxina + Tiamina)

Associação de vitaminas do complexo B.

Tiaprida

É um neuroléptico antagonista dos recetores D2 indicado no tratamento de perturbações do comportamento, tais como: em doentes demenciados; na abstinência alcoólica (abstinência alcoólica aguda; pós abstinência alcoólica); discinésias e outros movimentos anormais (discinésia espontânea; discinésia tardia; Coreia de Huntington).

Oxcarbazepina

Para o controlo das convulsões da abstinência. As substâncias anti-convulsivantes são muito úteis em indivíduos que atravessam vários episódios de abstinência alcoólica pois defende-se que a existência destes episódios repetidos parece estimular episódios de abstinência cada vez mais sérios, incluindo as convulsões e consequentes danos cerebrais.

Diazepam

É um fármaco da família dos benzodiazepínicos, heterocíclico, usado como ansiolítico, anticonvulsivante, relaxante muscular e sedativo.

Indicado para o tratamento da convulsões e espasmos musculares, além da insônia, também se usa antes de alguns procedimentos clínicos ou exames para reduzir a ansiedade no paciente, e antes de procedimentos cirúrgicos, para induzir amnésia anterógrada.

As benzodiazepinas são o grupo de substâncias mais largamente utilizado como terapia de substituição na abstinência do álcool, recomendando-se iniciar com doses altas e reduzir em 20 a 25% a cada dia até completar a abstinência.

Triticum AC (Trazodone)

É indicada nos quadros depressivos, principalmente quando a ansiedade e a insônia estão presentes. É um derivado da triazolopiridina e foi considerada um dos primeiros antidepressivos de segunda geração, ou atípicos. A trazodona parece aumentar a concentração de serotonina extracelular por meio da combinação de mecanismos envolvendo transportadores e recetores de serotonina. Devido à sua capacidade de inibição da recaptção de serotonina, muitas vezes é referida como tal na literatura, embora a sua efetividade não pareça dever-se a este mecanismo por ser considerado pouco potente. Também apresenta efeito antagonista sobre recetores 5HT₂, como a nefazodona, provavelmente ligado aos efeitos terapêuticos dessas substâncias. A eficácia terapêutica da trazodona na depressão mostra-se em muitos estudos comparável à de outros antidepressivos.

Esomeprazol

É um princípio ativo do grupo de fármacos inibidor da bomba de prótons. É constituído por um isômero S do omeprazol. É utilizado no tratamento de úlceras gastrointestinais, age como um inibidor da bomba de prótons no estômago, resultando na redução da secreção de ácido clorídrico.

Symbicort (Formoterol + budesonido)

Está indicado no tratamento regular da asma nos casos em que o uso de uma associação (corticosteróide inalatório com um agonista beta de ação prolongada) é apropriado. O budesonido é um glicocorticosteróide com um elevado efeito antiinflamatório local, tem efeitos antianafiláticos e anti-inflamatórios e reduz a obstrução brônquica numa reação alérgica. O formoterol é um agonista beta-2-adrenérgico seletivo, que induz o relaxamento do músculo liso brônquico em pacientes com obstrução reversível das vias aéreas. O efeito broncodilatador manifesta-se muito rapidamente no período de 1-3 minutos após a inalação e a sua duração é de 12 horas após uma dose única. Foi demonstrado em ensaios clínicos que a adição de formoterol à budesonida melhorou os sintomas asmáticos e a função pulmonar e reduziu as exacerbações.

Metadona

É um narcótico do grupo dos opióides utilizado principalmente no tratamento dos toxicodependentes de heroína e outros opióides.

É praticamente idêntica nas suas propriedades à morfina, agindo nos mesmos recetores e com os mesmos efeitos. Diferenças importantes incluem maior duração de ação (24h contra 8h da morfina e menos ainda da heroína) e síndrome de abstinência física mais leve, mas mais prolongado. Além disso o facto de não ser injetada mas consumida via oral, evita sintomas de grande prazer súbito que ocorrem com a heroína, o que ajuda a vencer a dependência psicológica.

Lorazepam

Pertence ao grupo farmacoterapêutico das benzodiazepinas, sendo um sedativo / hipnótico, ansiolítico e anticonvulsivante. Está indicado no tratamento adjuvante da ansiedade ou de insónias, produz sedação pré-operatória, alivia a ansiedade pré-operatória e proporciona amnésia.

Zolpidem

É um fármaco hipnótico do grupo das imidazopiridinas, não-benzodiazepínico, de rápida ação e de curta meia-vida. É utilizado para o tratamento da insónia.

Lactulose

É um laxante hiperosmótico, utilizado no tratamento da obstipação crónica no adulto e pessoas idosas, ao tornar as fezes mais moles através do aumento da quantidade de água contida nas fezes. Também utilizado no tratamento adjuvante da encefalopatia portal-sistémica (hepática), uma vez que diminui os níveis de amónia no sangue.

2.2.2 – Principais efeitos secundários dos fármacos prescritos

Cloreto de Sódio

Deve ser usada com extrema cautela na insuficiência cardíaca congestiva leve e evitado nos casos mais sérios, assim como na insuficiência renal grave, condições edematosas com retenção de sódio. A prescrição depende da avaliação clínica, da idade e peso do paciente. Se for prescrito considerando as reais necessidades clínicas, com cálculo de velocidade de infusão adequada, o Cloreto de Sódio não apresenta efeitos colaterais. Eventuais excessos na administração serão eliminados com relativa facilidade se as funções cardiovasculares e renais estiverem conservadas.

Tiamina

Os efeitos laterais são muito raros e normalmente estão associados à administração EV. Incluem astenia, agitação, dificuldade respiratória, edema pulmonar, hipotensão, colapso vascular.

Tiaprida

Os efeitos frequentes são tonturas / vertigens, cefaleias, tremores, hipertonia, hipocinésia e hypersalivação. Estes sintomas são geralmente reversíveis após administração de medicamentos anti-parkinsonianos. No foro psiquiátrico são ainda frequentes: sonolência / letargia, insónia, agitação, desinteresse. O Síndrome Maligno dos Neurolépticos, embora raro, constitui um risco como para todos os neurolépticos sendo uma complicação potencialmente fatal.

Oxcarbazepina

Tonturas / vertigens, sonolência / fadiga, cefaleias, diplopia, nistagmo, dor abdominal, náuseas / vômitos, ataxia, perturbações da marcha, tremores. Depressão aditiva do SNC com outros depressores do SNC incluindo o álcool, antihistamínicos, opiáceos e sedativos / hipnóticos.

Diazepam

Tonturas, sonolência, letargia. Depressão aditiva do SNC com o uso simultâneo de álcool, antidepressivos, antihistamínicos e opiáceos.

Triticum AC

Sonolência, hipotensão, xerostomia. Depressão aditiva do SNC com outros depressores do SNC incluindo o álcool, antihistamínicos, opiáceos e sedativos / hipnóticos.

Esomeprazol

Cefaleias, diarreia, flatulência, dores abdominais, náuseas / vômitos e obstipação.

Symbicort

Os efeitos mais frequentes são os tremores e palpitações. Estes tendem a ser leves e a desaparecer após alguns dias de tratamento.

Metadona

Sedação, confusão, hipotensão, obstipação. Depressão aditiva do SNC com álcool, antihistamínicos e sedativos / hipnóticos. A administração de analgésicos opiáceos antagonistas parciais podem precipitar o síndrome de abstinência nos doentes dependentes fisicamente.

Lorazepam

Tonturas, sonolência, letargia. Registo de apneia e paragem cardíaca na administração EV e de depressão respiratória sobretudo em indivíduos idosos.

Zolpidem

Pouco frequentes nos quais estão incluídos sonolência diurna, tonturas, amnésia, sensação de estar “drogado”, náuseas, vômitos, diarreia, dependência física e psicológica. Depressão aditiva do SNC com outros depressores do SNC incluindo o álcool, antihistamínicos, opiáceos e sedativos / hipnóticos.

Lactulose

Cólicas, distensão abdominal, flatulência e eructações.

2.3– Processo de enfermagem

Fenómeno de Enfermagem: Privado do Uso de Alcool (termo: 12/01/2012)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
09/01/2012	- Vigiar sintomatologia de privação do uso do álcool	12/01/2012
09/01/2012	- Incentivar a ingestão hídrica	
09/01/2012	- Administrar a medicação prescrita para os efeitos de alívio da “ressaca” e evitar crises convulsivas	

Fenómeno de Enfermagem: Auto-controlo: impulso ineficaz		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
12/01/2012	- Vigiar ação do doente	21/01/2012
12/01/2012	- Ensinar ao doente em que medida é que o abuso de álcool desinibe comportamentos impulsivos e agressivos	
13/01/2012	- Através das 4 sessões de TMC, fazer com que o doente identifique estratégias que impeçam uma resposta impulsiva para posteriormente discutir as forças e fraquezas de cada uma das estratégias por ele identificadas	

Fenómeno de Enfermagem: Autocuidado: Atividade recreativa e Atividade física negligenciados		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
12/01/2012	- Incentivar atividades de lazer e atividade física	
12/01/2012	- Informar sobre vantagens das atividades recreativa e física	
13/01/2012	- Utilizar estratégias cognitivas para que o utente perceba a importância destas atividades, numa tentativa de manter a abstinência e reduzir a ansiedade e o impulso (através das 4 sessões de TMC)	

Fenómeno de Enfermagem: Humor ansioso		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
12/01/2012	- Monitorizar a ansiedade através da Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Hamilton (ANEXO III)	12/01/2012
12/01/2012	- Realizar escuta ativa (ao longo das 4 sessões de TMC e em entrevistas individuais)	21/01/2012
12/01/2012	- Explicar as possíveis causas para se sentir dessa forma e fazer com que identifique estratégias de resolução mais adaptativas	
12/01/2012	- Incentivar à participação nas sessões de Relaxamento	
21/01/2012	- Monitorizar a ansiedade através da Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Hamilton após as sessões de TMC (ANEXO VIII)	21/01/2012

Fenómeno de Enfermagem: Auto-estima diminuída, em grau moderado		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
13/01/2012	- Monitorizar auto-estima através da escala de Rosenberg (ANEXO IV)	13/01/2012
13/01/2012	- Ao longo das 4 sessões de TMC perceber com o utente e fazer com que ele se consciencialize das razões para a sua auto-estima se encontrar diminuída e quando teve início (relacionada com que fatores)	21/01/2012
21/01/2012	- Monitorizar auto-estima através da escala de Rosenberg após as 4 sessões de TMC (ANEXO IX)	21/01/2012

Fenómeno de Enfermagem: Dependente do Uso de Alcool		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início		Data termo
12/01/2012	- Caracterizar a dependência do uso do álcool (utilizando a escala SADD – ANEXO II)	12/01/2012
12/01/2012	- Efetuar entrevista de avaliação da motivação para a mudança (utilizando a escala SOCRATES – ANEXO I)	12/01/2012
21/01/2012	- Efetuar 4 sessões de TMC a fim de que o utente encontre estratégias para prevenir uma recaída	21/01/2012
21/01/2012	- Aplicar o Inventário de Resolução de Problema como forma a validar em que medida é que o utente terá estratégias de <i> coping </i> eficazes para lidar com os seus problemas	21/01/2012
21/01/2012	- Efetuar entrevista de avaliação da motivação para a mudança, utilizando a escala SOCRATES após as 4 sessões de TMC – ANEXO VII	21/01/2012
23/01/2012	- Entregar ao utente uma tabela com o resumo das sessões desenvolvidas, funcionando como SOS na adoção de estratégias de enfrentamento eficazes, em caso de situações problemáticas do dia a dia	23/01/2012

3 – DISCUSSÃO

Apesar de as sessões nem sempre terem decorrido da forma como planeadas e de ter havido alguns impasses (nomeadamente o utente não cumprir com o que lhe tinha sido solicitado, fazendo com que as sessões fossem mais demoradas e, conseqüentemente, mais difícil de conseguir a sua total atenção e concentração), considero que houve alguns ganhos em saúde neste caso específico.

Através da aplicação dos vários instrumentos psicométricos utilizados, conseguimos perceber que houve uma evolução significativa no processo de recuperação do utente. Utilizando a escala SOCRATES, pudemos identificar que o utente, no início, reconhecia o problema mas não estava preparado para mudar e, no final, já considerava que estava realmente a fazer algo pela mudança do seu comportamento. Através da Escala de Auto-estima de Rosenberg, inicialmente identificámos que a sua auto-estima estaria diminuída em grau moderado enquanto que, na fase final, correspondia a diminuída em grau reduzido. Em relação à ansiedade (monitorizada através da Escala de Auto-avaliação da Ansiedade de Hamilton), os resultados mostraram-se bastante semelhantes desde o início até ao final da intervenção (situação consonante com as várias vezes que o utente solicitava medicação ansiolítica). A aplicação do Inventário de Resolução de Problemas demonstrou resultados sintónicos com a sua história de vida, ou seja, que o utente possuía estratégias de *coping* ineficaz em grau elevado. A postura e comportamentos do utente ao longo das sessões e do internamento em si, traduz também uma situação congruente relativamente ao anteriormente exposto.

Ao longo das sessões, foi de facto evidente no utente, uma evolução na sua capacidade de expressão de sentimentos, medos e frustrações. Tal como o próprio admitiu, conseguiu-se que se debruçasse sobre determinados aspetos da sua vida a que habitualmente não atribuía muito tempo de reflexão.

No entanto, o facto de manter sempre um comportamento algo sedutor e manipulador, aliado ao incumprimento de determinadas tarefas que lhe foram solicitadas faz-nos questionar até que ponto é que os resultados obtidos através dos instrumentos psicométricos, correspondem realmente à verdade.

A intervenção ideal futura seria uma adequada articulação com a ET a que o utente pertence de maneira a dar continuidade às intervenções implementadas e avaliar os resultados obtidos bem como o próprio utente no seu contexto habitual.

4 – CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso inseriu-se no âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Módulo III – Opcional realizado na Unidade de Desabituação do Norte no período compreendido entre 28 de Novembro de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012.

Para a sua concretização, foi selecionado um dos doentes internados na UDN cuja duração prevista de internamento fosse de quinze dias e que apresentasse motivação para a mudança e capacidade cognitiva que permitisse trabalhar com ele a um nível cognitivo-comportamental.

Para ser possível efetuar a colheita de dados e a intervenção de enfermagem na área específica da saúde mental, recorreu-se a entrevistas com o utente (cuja descrição apresentei anteriormente) e à consulta do processo clínico. As intervenções e diagnósticos de enfermagem identificados neste trabalho seguiram a linguagem classificada CIPE, apesar de não ter sido possível efectuar o seu registo na UDN pelo facto de não existir um plano de trabalho. No entanto, em todos os turnos em que foram efetuadas abordagens ao utente, a informação decorrente das mesmas foi devidamente transmitida aos restantes elementos da equipa.

Com a elaboração deste estudo de caso foi possível aprofundar conhecimentos na área da avaliação psiquiátrica, da dependência do álcool, da abordagem motivacional na prevenção da recaída relacionada com o abuso de substâncias e permitiu-me o estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente em causa, crucial para o desenvolvimento de competências específicas na área da técnica de modificação comportamental ou em qualquer área dentro da saúde mental e psiquiatria.

Penso ter atingido os objetivos esperados na realização de um trabalho deste âmbito e a única situação que tenho a lamentar é o facto do tempo de internamento ser tão curto que tenha exigido uma maior aproximação entre uma sessão de TMC e outra, indo um pouco contra o defendido na literatura. Foi, sem qualquer dúvida, uma experiência extremamente gratificante, tanto no contacto com o utente como na pesquisa bibliográfica que suportou a realização das intervenções de TMC e de IMB e do trabalho escrito.

5 - BIBLIOGRAFIA

. ANDRETTA, I., OLIVEIRA, M. S. – A Técnica da Entrevista Motivacional na Adolescência [em linha]: Revista Psicologia Clínica, Vol. 17, Nº 2, versão impressa ISSN 0103-5665. Rio de Janeiro, 2005. [Consultado a 18 de Dezembro de 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pc/v17n2/v17n2a10.pdf>

. BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. – **Intervenções Breves para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas: manual para utilização em Cuidados Primários de Saúde**. Organização Mundial de Saúde, 2001

. CASTRO, M. M. L. D.; PASSOS, S. R. L. – Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas [em linha]: Revista de Psiquiatria Clínica, Vol. 32, Nº 6. São Paulo, Dezembro 2005. [Consultado a 14 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n6/330.html>

. Decreto Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 11/2009 de 16 de Setembro - *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*

. DEGLIN, J. H.; VALLERAND, A. H. – **Guia Farmacológico Para Enfermeiros**. Sétima Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-47-9

. GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F. – Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico [em linha]: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 11, Nº 3, versão impressa ISSN 0104-1169. Ribeirão Preto, Maio / Junho de 2003. [Consultado a 30 de Janeiro de 2012]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300016

. KARKOW, M. J., CAMINHA, R. M., BENETTI, S. P. C. – Mecanismos terapêuticos na dependência química [em linha]: Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Vol. 1, Nº 2, versão impressa ISSN 1808-5687. Rio de Janeiro, Dezembro de 2005. [Consultado a 18 de Dezembro de 2011]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200013&script=sci_arttext&tlng=es

. LEI n.º 48/90, de 24 de Agosto, *Lei de Bases da Saúde*

- . MATHIAS, A. C. R., CRUZ, M. S. – Relato de Caso: Benefícios de técnicas cognitivo-comportamentais em terapia de grupo para o uso indevido de álcool e drogas [em linha]: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. 56, Nº 2, ISSN 0047-2085. Rio de Janeiro, 2007. [Consultado a 18 de Dezembro de 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a11v56n2.pdf>
- . MELLO, M. L. M.; BARRIAS, J.; BREDA J. – **Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001. ISBN: 972-9425-93-0
- . OLIVEIRA, M. S.; LARANJEIRA, R.; ARAÚJO, R. B.; CAMILO, R. L.; SCHNEIDER, D. D. – Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool [em linha]: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Vol. 16, Nº 2, ISSN 0102-7972. Porto Alegre, 2003. [Consultado a 14 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18816206>
- . PICCOLOTO, L. B.; OLIVEIRA, M. S.; ARAÚJO, R. B.; MELO, W. V.; BICCA, M. G.; SOUZA, M. A. M. – Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais [em linha]: *Revista de Psiquiatria Clínica*, Vol. 33, Nº 4, ISSN 0101-6083. São Paulo, 2006. [Consultado a 14 de Janeiro de 2012]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000400005&script=sci_arttext
- . SEQUEIRA, C. – **Introdução à Prática Clínica**. Coimbra: Quarteto Editora, 2006
- . SERECIGNI, J. G.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M. A.; PASCUAL, P.; FLÓREZ, G.; CONTEL, M. – *Guia clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Valencia: Socidrogalcohol, 2007. ISBN: 978-84-611-5803-4
- . TOWNSEND, M. C. – **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência**. 6ª edição. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-61-5

ANEXOS

ANEXO I

(Escala SOCRATES – 1ª avaliação)

Anexo I – Escala SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) – 1ª avaliação

Versão em português da Escala SOCRATES

	DISCORDO MUITO	DISCORDO	INDECISO	CONCORDO	CONCORDO MUITO
1- Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
2- As vezes, eu penso se sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo a minha maneira de beber, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4- Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação à minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
5- Estou tentando controlar a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
6- As vezes, eu penso se o meu beber está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
8- Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com a bebida.	1	2	3	4	5
11- As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
12- O meu hábito de beber está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13- Você parou ou diminui seu hábito de beber? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> e vá para Q14. () Sim – Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problemas com a bebida? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> e vá para Q15. () Sim – Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com a bebida que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15- Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
16- As vezes, eu acho que bebo demais.	1	2	3	4	5
17- Eu sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito de beber.	1	2	3	4	5
19- Você fez mudanças no seu hábito de beber? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> . () Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	1	2	3	4	5

Questão	Reconhecimento do Problema	Ambivalência	Ação
1	X <u>5</u>		
2		X <u>5</u>	
3	X <u>5</u>		
4			X <u>5</u>
5			X <u>3</u>
6		X <u>4</u>	
7	X <u>5</u>		
8			X <u>5</u>
9			X <u>3</u>
10	X <u>5</u>		
11		X <u>4</u>	
12	X <u>5</u>		
13			X <u>1</u>
14			X <u>5</u>
15	X <u>5</u>		
16		X <u>5</u>	
17	X <u>5</u>		
18			X <u>5</u>
19			X <u>1</u>
Resultados possíveis	7 - 35	4 - 20	8 - 40
TOTAL	35	18	28

Percentis para os factores da SOCRATES

	Percentis (%)	Reconhecimento do Problema	Ambivalência	Ação
-	10 muito baixo	7 - 26	4 - 8	8 - 25
	20	27 - 28	9 - 11	26 - 29
	30 baixo	29 - 30	12 - 13	30
	40	31	14	31 - 32
+	50 médio	32 - 33	15	33
	60	34	16	34 - 35
	70 alto	35	17	36
	80		18	37 - 38
	90 muito alto		19 - 20	39 - 40

O que a SOCRATES diz sobre a sua motivação para o tratamento

Reconhecimento do Problema	
<input checked="" type="checkbox"/>	- Reconhece e sente que tem um problema com o consumo de álcool - Se nada fizer, as coisas vão ficar cada vez piores - Expressa o desejo de mudança
<input type="checkbox"/>	- Não tem a intenção de mudar - Nega que os consumos lhe tragam consequências - Rejeita que lhe digam que tem um "problema com o álcool" ou que é um "alcoólico"
Ação	
<input type="checkbox"/>	- Já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de álcool - Recentemente pode ter feito mudanças com sucesso - A mudança está em acção - Pediu ajuda para manter a mudança ou prevenir recaídas
<input checked="" type="checkbox"/>	- Não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo de álcool - Recentemente não fez nenhuma mudança em relação ao consumo de álcool
Sumário da Motivação	
<input type="checkbox"/>	Como não tenho um problema com o álcool, não tenho que fazer nada em relação a isso
<input checked="" type="checkbox"/>	Sei que tenho um problema com o álcool mas não estou preparado para mudar
<input type="checkbox"/>	Sei que tenho um problema com o álcool e já estou a fazer coisas para mudar
<input type="checkbox"/>	O meu problema não é com o álcool mas continuo atento e a fazer coisas para não recair

Nome: B. R. M. A.

Data: 12 / 01 / 2012

ANEXO II
(Escala SADD)

Anexo II – Escala SADD (Short Alcohol Dependence Data)

	NUNCA	POUCAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
1-Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?	0	1	(2)	3
2-Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?	0	1	2	(3)
3-Você planeja seu dia em função da bebida?	0	1	(2)	3
4-Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?	0	1	2	(3)
5-Na ausência da sua bebida favorita você bebe qualquer uma?	(0)	1	2	3
6-Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?	(0)	1	2	3
7-Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-lo?	0	1	2	(3)
8-No momento em que você começa beber, é difícil parar?	0	1	2	(3)
9- Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?	0	1	(2)	3
10-Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor ?	0	1	2	(3)
11-Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	0	1	2	(3)
12-Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?	0	1	2	(3)
13-Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	0	1	(2)	3
14-Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?	0	1	(2)	3
15-Você esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?	0	1	2	(3)
ESCORE TOTAL				34

Grau de Dependência : (1) Leve = 0 à 9 (2) Moderada = 10 à 19 (3) Grave = acima de 20

ANEXO III

(Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Hamilton – 1ª avaliação)

Anexo III – Escala de Auto-avaliação da Ansiedade de Hamilton – 1ª avaliação

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON²³

NOME: B.R.N.A. SEXO: M IDADE: 33

DATA DE ADMISSÃO: 09/01/2012 DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

Leia com atenção as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com um (X) no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada à sua situação actual.

	<i>Nunca</i> 0	<i>Às vezes</i> 1	<i>Bastantes vezes</i> 2	<i>Quase Sempre</i> 3	<i>Sempre</i> 4
1 – Pressinto que me vais acontecer uma coisa má. Ando preocupado, irritável.		X			
2 – Sinto-me inquieto e não consigo relaxar-me. Canso-me facilmente. Sobressalto-me. Tremo. Choro com facilidade.				X	
3 – Tenho medo do escuro, de estar sozinho, das pessoas desconhecidas, dos animais, do trânsito, da multidão.	X				
4 – Tenho dificuldade em conciliar o sono. Acordo várias vezes durante a noite. Levanto-me cansado e com a sensação de ter dormido mal. Tenho pesadelos e terrores nocturnos.		X			
5 – Tenho má memória. Tenho dificuldade em me concentrar.		X			

6 - Não tenho interesse pelo que me rodeia. As distrações não me dão prazer. Ando triste. Acordo cedo e não consigo dormir mais. Adormeço durante o dia e não durmo de noite.		X			
7 - Tenho dores musculares, (espasmos, câibras, contracções, rigidez). Rangem-me os dentes. Tenho a voz pouco firme e insegura.	X				
8 - Tenho zumbidos nos ouvidos. Tolda-se-me a vista. Sinto baforadas de calor ou arrepios de frio. Tenho picadas e uma sensação de fraqueza.	X				
9 - Sinto que o meu coração está mais acelerado. Tenho palpitações, dores no peito, sinto-me a pulsar a latejar muito. O meu coração muda de ritmo, sinto que vou desmaiar.			X		
10 - Sofro de sufocação e falta de ar. Preciso de respirar. Sinto um peso no peito.			X		
11 - Tenho dificuldade em engolir. Sinto ardor ou peso no estômago. Tenho náuseas e vômitos. Acho que perdi peso. Tenho dores abdominais. Tenho fezes moles ou ando obstipado. Tenho ruídos nos intestinos.			X		
12 - Tenho uma necessidade imperiosa de urinar muitas vezes ao dia, urinando pouco de cada vez. Faltam-me as menstruações ou são pouco abundantes. Não tenho		X			

interesse pelo sexo. Não sinto nada durante as relações sexuais. Perdi a potência.					
13 - Sinto a boca seca; coro e empalideço com facilidade; suor abundantemente. Noto que me enjojo e que fico com a comida às voltas. Tenho uma dor surda e permanente na cabeça. Põem-se-me os pêlos em pé.			X		
14 - Senti-me desconfortável, inquieto, tenso e impaciente, contraído, trémulo, com dificuldade em respirar, com necessidade de engolir a saliva, suor nas mãos e o pulso acelerado ao responder a estas perguntas.	X				

DATA: 12/01/12 TURNO: 17 ENFERMEIRO(A): Sob2 Guedes

AVALIAÇÃO: 16

As respostas pontuam da seguinte maneira:

Nunca	0 pontos
Às vezes	1 ponto
Bastantes vezes	2 pontos
Quase sempre	3 pontos
Sempre	4 pontos

RESULTADOS:

Menos de 9 pontos: nível de ansiedade baixo ou nulo

Entre 9 e 17 pontos: nível de ansiedade moderado

Entre 17 e 25 pontos: nível de ansiedade elevada

Mais de 25 pontos: nível de ansiedade muito elevada.

ANEXO IV

(Escala de Avaliação de Auto-estima de Rosenberg – 1ª avaliação)

Anexo IV - Escala de Avaliação de Auto-estima de Rosenberg – 1ª avaliação

Escala de Auto-Estima de Rosenberg

(Rosenberg, 1965)

Nome do Doente: B. R. M. A.

Data: 13/01/2012

	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio.			X	
2. Às vezes penso que não valho nada.		X		
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	X			
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	X			
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.				X
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.		X		
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.	X			
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.	X			
9. Em tudo o que faço, tenho a sentir que sou um falhanço.		X		
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.			X	

Resultado: 27

Grelha de correcção:

	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio.	4	3	2	1
2. Às vezes penso que não valho nada.	1	2	3	4
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	4	3	2	1
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	4	3	2	1
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.	1	2	3	4
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.	1	2	3	4
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.	4	3	2	1
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.	1	2	3	4
9. Em tudo o que faço, tenho a sentir que sou um falhanço.	1	2	3	4
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.	4	3	2	1

Auto-estima diminuída em grau...

- Reduzido (>30 - <40, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Moderado (>20 - <30, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Elevado (>15 - <20, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Muito elevado (>10 - <15, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)

ANEXO V

(Quadro utilizado na primeira sessão da Técnica de Modificação Comportamental)

COMPORTAMENTO QUE NECESSITA DE SER MUDADO	VANTAGENS DO COMPORTAMENTO	DESvantagens DO COMPORTAMENTO	ESTIMULOS QUE AUMENTAM O COMPORTAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Abuso do álcool (principal comportamento) - Comportamento agressivo (contra pessoas e / ou objetos) como consequência do abuso do álcool 	<p>Nenhuma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zangadas frequentes - Perdeu a confiança por parte das pessoas no seu trabalho - Deixou de frequentar a casa dos pais tão assiduamente - Discussões recorrentes com a esposa 	<ul style="list-style-type: none"> - O facto de estar desempregado - Após o internamento anterior, o beber cerveja sem álcool (relembrou-o do sabor) - Ter ciúmes da esposa - Dificuldade em lidar com problemas emocionais (frustração, tristeza, etc.) - Questiona-se do porquê de no internamento não sentir a falta do álcool ou do haxixe

ANEXO VI

(Quadro utilizado na terceira sessão de Técnica de Modificação Comportamental)

ESTIMULOS QUE AUMENTAM O COMPORTAMENTO	ESTRATÉGIAS	PONTOS FORTES DE CADA ESTRATÉGIA	PONTOS FRACOS DE CADA ESTRATÉGIA
- Ter ciúmes da esposa	1- Confiar mais na esposa 2- Tentar conversar com ela cada vez que os ciúmes surjam 3- Evitar confrontos com terceiras pessoas	1- A esposa tem um comportamento adequado, não provoca outros homens, é-lhe fiel	1- A esposa é bonita, asseada, sabe vestir-se bem; ele sente-se em desvantagem física em relação à esposa
		2- A esposa está sempre disponível para o diálogo	2- Devido a situações anteriores ao internamento, ela pode reagir mais impulsivamente
		3- Evita consequências físicas e discussões com a esposa	3- Se não reagir a provocações, fica com a sensação que é um covarde
- Dificuldade em lidar com problemas emocionais (frustração, tristeza, etc.)	1- Recorrer à encarregada ou aos pais 2- Quando as zangas são com a esposa, isolar-se no quarto e conversar com ela no dia seguinte (para evitar respostas agresivas) 3- Quando se devem a questões alheias à esposa, desabafar com ela no momento	1- Alivia a tensão quando vai a casa dos pais; a encarregada está sempre disponível	1- Pode encontrar a irmã U. em casa dos pais (com quem se incompatibiliza)
		2- Distrai-se no quarto com a TV e no dia seguinte acorda “normal”	2- Não vê pontos negativos (a maior parte das vezes, sente-se melhor ficando sozinho; não sente grande necessidade em desabafar)
		3- A esposa está sempre disponível para o diálogo	3- Devido a situações anteriores ao internamento, ela pode reagir mais impulsivamente
- Gostar de comer refeições que contêm álcool (ex. francesinhas)	1- Comer outras coisas (ex. cachorro sem molho, prego em pão, etc) 2- Alertar a esposa para cozinhar sem álcool e fazer esse pedido em restaurantes conhecidos.		1- Gostar muito de comidas que contenham álcool (medo de não resistir)
			2- A esposa cozinha frequentemente com álcool; nos restaurantes / cafés que frequenta, quererem que ele volte a consumir, não cumprindo com o que ele solicitar

ANEXO VII
(Escala SOCRATES – 2ª avaliação)

Anexo VII – Escala SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) – 2ª avaliação

Versão em português da Escala SOCRATES

	DISCORDO MUITO	DISCORDO	INDECISO	CONCORDO	CONCORDO MUITO
1- Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
2- As vezes, eu penso se sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo a minha maneira de beber, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4- Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
5- Estou tentando controlar a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
6- As vezes, eu penso se o meu beber está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
8- Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com a bebida.	1	2	3	4	5
11- As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
12- O meu hábito de beber está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13- Você parou ou diminui seu hábito de beber? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> e vá para Q14. (X) Sim – Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problemas com a bebida? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> e vá para Q15. (X) Sim – Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com a bebida que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15- Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
16- As vezes, eu acho que bebo demais.	1	2	3	4	5
17- Eu sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito de beber.	1	2	3	4	5
19- Você fez mudanças no seu hábito de beber? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> . (X) Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	1	2	3	4	5

Questão	Reconhecimento do Problema	Ambivalência	Ação
1	X <u>5</u>		
2		X <u>5</u>	
3	X <u>5</u>		
4			X <u>5</u>
5			X <u>5</u>
6		X <u>5</u>	
7	X <u>5</u>		
8			X <u>5</u>
9			X <u>5</u>
10	X <u>5</u>		
11		X <u>5</u>	
12	X <u>5</u>		
13			X <u>5</u>
14			X <u>5</u>
15	X <u>5</u>		
16		X <u>5</u>	
17	X <u>5</u>		
18			X <u>5</u>
19			X <u>5</u>
Resultados possíveis	7 - 35	4 - 20	8 - 40
TOTAL	35	20	40

Percentis para os factores da SOCRATES

	Percentis (%)	Reconhecimento do Problema	Ambivalência	Acção
-	10 muito baixo	7 - 26	4 - 8	8 - 25
	20	27 - 28	9 - 11	26 - 29
	30 baixo	29 - 30	12 - 13	30
	40	31	14	31 - 32
	50 médio	32 - 33	15	33
+	60	34	16	34 - 35
	70 alto	35	17	36
	80		18	37 - 38
	90 muito alto		19 - 20	39 - 40

O que a SOCRATES diz sobre a sua motivação para o tratamento

Reconhecimento do Problema	
<input checked="" type="checkbox"/>	- Reconhece e sente que tem um problema com o consumo de álcool - Se nada fizer, as coisas vão ficar cada vez piores - Expressa o desejo de mudança
<input type="checkbox"/>	- Não tem a intenção de mudar - Nega que os consumos lhe tragam consequências - Rejeita que lhe digam que tem um "problema com o álcool" ou que é um "alcoólico"
Acção	
<input checked="" type="checkbox"/>	- Já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de álcool - Recentemente pode ter feito mudanças com sucesso - A mudança está em acção - Pediu ajuda para manter a mudança ou prevenir recaídas
<input type="checkbox"/>	- Não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo de álcool - Recentemente não fez nenhuma mudança em relação ao consumo de álcool
Sumário da Motivação	
<input type="checkbox"/>	Como não tenho um problema com o álcool, não tenho que fazer nada em relação a isso
<input type="checkbox"/>	Sei que tenho um problema com o álcool mas não estou preparado para mudar
<input checked="" type="checkbox"/>	Sei que tenho um problema com o álcool e já estou a fazer coisas para mudar
<input type="checkbox"/>	O meu problema não é com o álcool mas continuo atento e a fazer coisas para não recair

Nome: B. R. M. A.

Data: 21 / 01 / 2012

ANEXO VIII

(Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Hamilton – 2ª avaliação)

Anexo VIII – Escala de Auto-avaliação da Ansiedade de Hamilton – 2ª avaliação

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON²³

NOME: B. R. M. A. SEXO: M. IDADE: 33

DATA DE ADMISSÃO: 09/01/2012 DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

Leia com atenção as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com um (X) no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada à sua situação actual.

	Nunca 0	Às vezes ₁	Bastantes vezes ₂	Quase Sempre ₃	Sempre 4
1 – Pressinto que me vais acontecer uma coisa má. Ando preocupado, irritável.		X			
2 – Sinto-me inquieto e não consigo relaxar-me. Canso-me facilmente. Sobressalto-me. Tremo. Choro com facilidade.			X		
3 – Tenho medo do escuro, de estar sozinho, das pessoas desconhecidas, dos animais, do trânsito, da multidão.	X				
4 – Tenho dificuldade em conciliar o sono. Acordo várias vezes durante a noite. Levanto-me cansado e com a sensação de ter dormido mal. Tenho pesadelos e terrores nocturnos.		X			
5 – Tenho má memória. Tenho dificuldade em me concentrar.		X			

6 – Não tenho interesse pelo que me rodeia. As distrações não me dão prazer. Ando triste. Acordo cedo e não consigo dormir mais. Adormeço durante o dia e não durmo de noite.		X			
7 – Tenho dores musculares, (espasmos, câibras, contracções, rigidez). Rangem-me os dentes. Tenho a voz pouco firme e insegura.	X				
8 – Tenho zumbidos nos ouvidos. Tolda-se-me a vista. Sinto baforadas de calor ou arrepios de frio. Tenho picadas e uma sensação de fraqueza.	X				
9 – Sinto que o meu coração está mais acelerado. Tenho palpitações, dores no peito, sinto-me a pulsar a latejar muito. O meu coração muda de ritmo, sinto que vou desmaiar.			X		
10 – Sofro de sufocação e falta de ar. Preciso de suspirar. Sinto um peso no peito.			X		
11 – Tenho dificuldade em engolir. Sinto ardor ou peso no estômago. Tenho náuseas e vômitos. Acho que perdi peso. Tenho dores abdominais. Tenho fezes moles ou ando obstipado. Tenho ruídos nos intestinos.			X		
12 – Tenho uma necessidade imperiosa de urinar muitas vezes ao dia, urinando pouco de cada vez. Faltam-me as menstruações ou são pouco abundantes. Não tenho		X			

interesse pelo sexo. Não sinto nada durante as relações sexuais. Perdi a potência.					
13 - Sinto a boca seca; coro e empalideço com facilidade; sudo abundantemente. Noto que me enjojo e que fico com a comida às voltas. Tenho uma dor surda e permanente na cabeça. Põem-se-me os pêlos em pé.			X		
14 - Senti-me desconfortável, inquieto, tenso e impaciente, contraído, trémulo, com dificuldade em respirar, com necessidade de engolir a saliva, suor nas mãos e o pulso acelerado ao responder a estas perguntas.	X				

DATA: 21/01/2012 TURNO: T ENFERMEIRO(A): Sapz E. Machado

AVALIAÇÃO: 95

As respostas pontuam da seguinte maneira:

Nunca	0 pontos
Às vezes	1 ponto
Bastantes vezes	2 pontos
Quase sempre	3 pontos
Sempre	4 pontos

RESULTADOS:

Menos de 9 pontos: nível de ansiedade baixo ou nulo

Entre 9 e 17 pontos: nível de ansiedade moderado

Entre 17 e 25 pontos: nível de ansiedade elevada

Mais de 25 pontos: nível de ansiedade muito elevada.

ANEXO IX

(Escala de Avaliação de Auto-estima de Rosenberg – 2ª avaliação)

Anexo IX – Escala de Avaliação de Auto-estima de Rosenberg – 2ª avaliação

Escala de Auto-Estima de Rosenberg

(Rosenberg, 1965)

Nome do Doente: B.R.M.A.

Data: 21/01/2012

	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio.	X			
2. Às vezes penso que não valho nada.				X
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	X			
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	X			
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.				X
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.				X
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.	X			
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.		X		
9. Em tudo o que faço, tenho a sentir que sou um falhanço.			X	
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.		X		

Resultado: 36

Grelha de correcção:

	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio.	4	3	2	1
2. Às vezes penso que não valho nada.	1	2	3	4
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	4	3	2	1
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	4	3	2	1
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.	1	2	3	4
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.	1	2	3	4
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.	4	3	2	1
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.	1	2	3	4
9. Em tudo o que faço, tenho a sentir que sou um falhanço.	1	2	3	4
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.	4	3	2	1

Auto-estima diminuída em grau...

- Reduzido (>30 - <40, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Moderado (>20 - <30, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Elevado (>15 - <20, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)
- Muito elevado (>10 - <15, segundo a escala de Avaliação da Auto-estima – Rosenberg)

ANEXO X

(Inventário de Resolução de Problemas)

Anexo X – Inventário de Resolução de Problemas

INVENTÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMA

NOME: B. R. M. A. IDADE: 33 SEXO: M
HABILITAÇÕES: _____ PROFISSÃO: _____

Instruções:

Ao longa da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com o que se têm de defrontar.

Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas.

Cada uma das questões representa uma forma específica de reagir, quando um agente de stress pressiona um indivíduo.

Refira, quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é representada, quais são, das questões seguintes aquelas que melhor traduzem os seus comportamentos habituais.

Coloque uma cruz (X) no quadrado que, em cada questão, melhor relata a sua maneira usual de reagir.

Não há respostas certas ou erradas. Apenas existem as suas respostas possíveis. Responda, por isso, rápida, espontaneamente a cada uma delas. Não se trata de procurar saber o que se considera melhor, mas sim o que se passa realmente consigo.

I

Imagine que teve uma discussão séria, com uma pessoa amiga de longa data. Dever-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago, e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns.

Na discussão que tiveram, a razão está do seu lado.

Contudo a outra pessoa, muito zangada, acabou por lhe dizer: "dou-te uma semana para pensares no que fizeste e me ires pedir desculpa. Se o não fizeres, hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves".

Muito no seu íntimo tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe ainda que não tem todo o dinheiro que precisa para lhe devolver. Conhece bem que muitos dos amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhe disser.

Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias.

O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de início, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.

É um problema que não se sabe bem como vai resolver.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	<i>Não concordo</i>	<i>Concordo pouco</i>	<i>Concordo moderadamente</i>	<i>Concordo muito</i>	<i>Concordo muitíssimo</i>
1. Vou deixar correr a situação; o tempo ajuda a resolver os problemas	5	4	3	2	1

2. Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer	5	4	3	2	1
3. Não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho de fazer no meu dia-a-dia	1	2	3	4	5
4. Se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria ocorrido; tive toda a culpa no que aconteceu	5	4	3	2	1
5. Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer	5	4	3	2	1

II

Considere agora que teve uma situação da sua vida em que ocorreu uma perda económica substancial.

Imagine, por exemplo, que segue numa estrada, com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com grande sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, vem contra si e o seu carro fica bastante danificado. A camioneta põe-se em fuga, não é capaz de lhe ver a matrícula, não consegue sair do local em que se encontra e não vai ninguém a passar que possa servir de testemunha. Pensa então no transtorno que tudo isso causa na sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois, e segue para casa.

É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	<i>Não concordo</i>	<i>Concordo pouco</i>	<i>Concordo moderadamente</i>	<i>Concordo muito</i>	<i>Concordo muitíssimo</i>
6. Estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida.	5	4	3	2	1
7. O melhor é não fazer nada, até ver onde isto vai parar	5	4	3	2	1
8. Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão	1	2	3	4	5
9. Apesar de tudo tive	5	4	3	2	1

muita sorte; as coisas poderiam ser piores do que realmente são					
10. No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	5	4	3	2	1
11. Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	5	4	3	2	1

III

Sentindo-se uma pessoa competente, em determinada área, vai ser posto à prova, daí a algum tempo, numa situação competitiva importante: Verifica, entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a diminuí-lo e a dizer aos outros que é uma pessoa que não vale o que aparenta. Este facto ofende-o mas, daí a três meses, vai poder provar, aos olhos de todos, se é ou não um indivíduo capaz.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	<i>Não concordo</i>	<i>Concordo pouco</i>	<i>Concordo moderadamente</i>	<i>Concordo muito</i>	<i>Concordo muitíssimo</i>
12. As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu	5	4	3	2	1
13. Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor	5	4	3	2	1
14. Estou-me a sentir destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desenvencilhar-me desta situação	5	4	3	2	1
15. Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sentir-me bem e ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo	1	2	3	4	5
16. Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como	5	4	3	2	1

me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido					
17. Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante	1	2	3	4	5
18. Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto	5	4	3	2	1
19. Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer	5	4	3	2	1
20. Vou pedir conselho, a amigos meus, sobre a melhor atitude a tomar	5	4	3	2	1
21. De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer, hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir	1	2	3	4	5

IV

Quando me sinto muito tenso, a fim de avaliar o meu estado de tensão:

	<i>Não concordo</i>	<i>Concordo pouco</i>	<i>Concordo moderadamente</i>	<i>Concordo muito</i>	<i>Concordo muitíssimo</i>
22. Passo longas horas a ver televisão	5	4	3	2	1
23. Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem	5	4	3	2	1
24. Meto-me na cama durante longas horas	5	4	3	2	1
25. Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores	5	4	3	2	1
26. Desabafo com	1	2	3	4	5

alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades					
27. Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta	5	4	3	2	1
28. Chego a bater em mim próprio	5	4	3	2	1
29. Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou um psicólogo	5	4	3	2	1

V

A minha maneira habitual leva-me a que, não só nestes como em todos os meus problemas, tenha tendência a:

	<i>Não concordo</i>	<i>Concordo pouco</i>	<i>Concordo moderadamente</i>	<i>Concordo muito</i>	<i>Concordo muitíssimo</i>
30. Pensar continuamente sobre todos os factores que me preocupam	5	4	3	2	1
31. Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis	1	2	3	4	5
32. Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias	1	2	3	4	5
33- Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos	1	2	3	4	5
34. Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas	1	2	3	4	5
35. Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros	5	4	3	2	1
36. Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante	1	2	3	4	5
37. Envolver-me apenas naquelas acções, de	1	2	3	4	5

resolução de problemas, que tenho a certeza que não me deixam ficar mal					
38. Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto	5	4	3	2	1
39. Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos	5	4	3	2	1
40. Preferir, num problema desagradável, procurar obter informações e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO

COPING INEFICAZ:

EM GRAU REDUZIDO (40-80)

EM GRAU MODERADO (80-120)

EM GRAU ELEVADO (120-160)

EM GRAU MUITO ELEVADO (160-200)

ANEXO XI

(Quadro síntese entregue ao utente)

PARA EVITAR UMA RECAÍDA...

SEMPRE QUE	DEVO
Sentir ciúmes da minha esposa	<ol style="list-style-type: none">1- Confiar mais na esposa2- Tentar conversar com ela cada vez que os ciúmes surjam3- Evitar confrontos com terceiras pessoas
Me sinta triste, zangado, revoltado, frustrado,...	<ol style="list-style-type: none">1- Recorrer à encarregada ou aos pais2- Quando as zangas são com a esposa, isolar-me no quarto e conversar com ela no dia seguinte (para evitar respostas agresivas)3- Quando se devem a questões alheias à esposa, desabafar com ela no momento
Me apeteça comer francesinha ou alguma comida que contenha álcool	<ol style="list-style-type: none">1- Comer outras coisas (ex. cachorro sem molho, prego em pão, etc)2- Alertar a esposa para cozinhar sem álcool e fazer esse pedido em restaurantes conhecidos
Receber o ordenado	<ol style="list-style-type: none">1 - Entregá-lo à esposa e ser ela a geri-lo2- Separar imediatamente o que preciso para pagar as contas

Não esquecer: devo estar sempre ocupado e estabelecer objetivos!!

**ANEXO VIII – REGISTO DAS SESSÕES DE TÉCNICA DE MODIFICAÇÃO
COMPORTAMENTAL**

SESSÕES DA TÉCNICA DE MODIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL

As sessões da Técnica de Modificação Comportamental foram desenvolvidas aquando do Módulo III e que teve lugar na UDN. O modo como foram planeadas e implementadas encontra-se descrito de forma pormenorizada no segundo Estudo de Caso (anexo VII).

Esta técnica foi desenvolvida através de 4 sessões, utilizando também a Intervenção Motivacional Breve sendo que, numa etapa prévia ao início da sua implementação, procedeu-se à recolha de dados e estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente. De salientar que, dado o curto internamento (apenas 15 dias), o tempo entre sessões foi encurtado por forma a conseguir possibilitar ao utente ter alta com o máximo de estratégias de enfrentamento possível.

Dia **09/01/2012**: Doente é admitido na UDN.

Dia **10/01/2012**: Estabelecimento do primeiro contacto com o utente.

Dia **12/01/2012**: Abordado o doente no sentido da minha intenção em desenvolver com ele um trabalho utilizando a técnica de modificação comportamental, com vista à manutenção da sua abstinência alcoólica, caso este se encontrasse motivado para o fazer, situação que o Sr. B. prontamente aceitou.

Numa fase inicial, foram-lhe aplicados alguns instrumentos que me possibilitassem perceber melhor a sua motivação, avaliar o seu grau de dependência alcoólica e detetar até que ponto é que a ansiedade poderia interferir com o sucesso do internamento e tratamento. Desta forma, utilizei a SOCRATES, a SADD e Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Hamilton. Optei por uma escala de auto-preenchimento por forma a que fosse mais estimulante para o utente, uma vez que este ainda se encontrava algo sonolento.

De seguida, através da escuta ativa e de uma relação empática, pude perceber mais detalhadamente a história de vida do Sr B., por forma a conseguir colher mais aprofundadamente alguns dos dados que constam na Avaliação Inicial. Pude também aperceber-me que o doente não tinha a noção da forma como, fisicamente, já estava afetado pelo uso abusivo do álcool, nomeadamente as alterações hepáticas de que já era

alvo. Expliquei o pretendido com as sessões que se pretendia desenvolver e agendei a primeira para o dia seguinte.

No dia **13/01/2012**: Na última entrevista ao utente, tinha ficado com algumas dúvidas em relação à forma como ele percecionava a sua auto-estima; desta forma, foi-lhe aplicado a escala de Auto-estima de Rosenberg tendo-se identificado que se encontrava diminuída em grau moderado.

Iniciei a primeira sessão da técnica de modificação comportamental, após fazer com que o utente tivesse conhecimento dos resultados das análises e exames efetuados e da forma como a sua situação física tinha piorado em tão pouco tempo (no último internamento, os valores das transaminases encontravam-se dentro dos valores normais).

Nesta primeira sessão, utilizei um quadro onde lhe pedi que identificasse o comportamento que necessitava de ser mudado, quais as vantagens e desvantagens do comportamento adotado e quais os estímulos que aumentavam o comportamento, ou seja, quais as situações que o fizeram recair no passado e que ele identificasse como potenciais ameaças à sua abstinência.

Foi-lhe solicitado que refletisse de forma aprofundada sobre estas situações de estímulo, que seriam mais detalhadamente discutidas no dia 16/01/2012, quando se realizaria a segunda sessão.

Dia **16/01/2012**: Esta sessão iniciou-se com um resumo da anterior e do percurso traçado pelo Sr. B. até este momento.

De uma forma sintética, foi-lhe explicado que ao longo do seu trajeto de vida, houve determinados fatores e mecanismos de aprendizagem que fizeram com recorresse permanentemente ao uso de substâncias psicoativas, impedindo-o de lidar adaptativamente com as situações problemáticas. Da mesma forma, expliquei-lhe que, se treinasse o suficiente, conseguiria “habituar o seu cérebro” a responder de forma mais adaptativa a situações geradoras de impulso.

Foram novamente reforçadas as consequências negativas do abuso de álcool e foi-lhe pedido que avaliasse o seu comportamento como forma a que, cada vez mais, interiorizasse como deve atuar daqui para a frente. Foi-lhe solicitado que se imaginasse

dentro de cada uma das situações anteriormente identificadas como potenciadoras de uma recaída para as discutirmos aprofundadamente e evitar futuras respostas impulsivas.

Após a discussão destas mesmas situações, foi pedido ao Sr. B. que, por escrito, identificasse as estratégias que iria utilizar no futuro como resposta a cada uma das situações identificadas. Foi informado que na sessão seguinte (18/01) iríamos discutir os prós e contras de cada uma das estratégias por ele identificadas a fim de se tornar mais visível as suas forças e fraquezas.

Dia **18/01/2012**: Esta sessão iniciou-se com um resumo das anteriores e do percurso traçado pelo Sr. B. até este momento. Foi-lhe reforçada a sua evolução a nível de expressão de sentimentos, de identificação de dificuldades sentidas e de estratégias em como lidar com as mesmas.

Em relação ao que tinha sido anteriormente solicitado ao Sr. B. (que identificasse as estratégias que ele iria utilizar em resposta às situações que ele já tinha selecionado como problemáticas e potenciadoras de uma recaída), esta tarefa não foi totalmente atingida. Isto aconteceu porque o utente não percebeu exatamente aquilo que era pretendido, o que fez com a sessão se iniciasse com esta atividade. Seguidamente, as estratégias foram discutidas, avaliando as forças e fraquezas de cada uma delas a fim de selecionar aquela(s) que era(m) mais adequada(s).

Para a sessão seguinte (agendada para o dia 21/01/2012) foi pedido ao utente que ele identificasse por escrito os objetivos pessoais, laborais, financeiros, sociais e familiares que ele pretendia atingir a curto (até 3 meses), médio (3 meses a 1 ano) e longo prazo (depois de 1 ano). Foi-lhe reforçada a importância da definição de metas pessoais no seu processo de reabilitação.

Dia **21/01/2012**: Mais uma vez, iniciámos a sessão com uma breve síntese do percurso traçado até este momento elogiando a evolução do utente. No entanto, quando lhe solicitei que me mostrasse o que havia escrito relativamente à identificação dos objetivos que pretendia atingir, este pediu desculpas pelo facto de se ter esquecido não só de os escrever como, inclusive, de ter pensado sobre eles.

A sessão continuou com a aplicação de diferentes instrumentos psicométricos por forma a perceber em que medida é que teria havido evolução por parte do utente, ao nível da

motivação para a mudança, ansiedade e auto-estima. Todas elas demonstraram uma evolução positiva, o que me faz questionar acerca da sua veracidade uma vez que não é condizente com a atitude que relatei anteriormente.

Apliquei ainda o Inventário de Resolução de Problema como forma de validar em que medida é que o utente teria estratégias de *coping* eficazes para lidar com os seus problemas.

Dia 23/01/2012: Neste dia, cerca das 08h45, quando o utente veio ao gabinete de enfermagem para ser avaliado, teve a preocupação de vir informar-me que não tinha escrito os objetivos que pretendia atingir porque tinha sido essa a atividade desenvolvida na sessão do dia anterior de prevenção de recaída. Infelizmente, quando fui consultar o registo da mesma, pude constatar que não correspondia à verdade na medida em que essa atividade consistia no planeamento do fim de semana ideal, sendo que não explicitou nenhum objetivo concreto na mesma.

Entreguei-lhe uma tabela com o resumo das sessões desenvolvidas, funcionando como SOS na adoção de estratégias de enfrentamento eficazes, em caso de situações problemáticas do dia a dia, numa situação imediata do pós-alta.

O utente teve alta às 9h30.