



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE NA PESSOA COM ALTERAÇÕES DA
FUNCIONALIDADE: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM

DECREASE OF ANXIETY ON INDIVIDUALS WITH FUNCTIONALITY
ALTERATIONS: SPECIALIZED NURSING INTERVENTION PROPOSAL

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Por Sandra Sofia Esteves Rodrigues

Lisboa, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE NA PESSOA COM ALTERAÇÕES DA
FUNCIONALIDADE: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM

DECREASE OF ANXIETY ON INDIVIDUALS WITH FUNCTIONALITY
ALTERATIONS : SPECIALIZED NURSING INTERVENTION PROPOSAL

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Por Sandra Sofia Esteves Rodrigues

Sob a orientação do Professor Doutor Paulo Rosário Seabra

Lisboa, 2016

*Não basta conquistar a sabedoria
é preciso usá-la”.*

Cícero

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Paulo Seabra, pelos reforços positivos e disponibilidade para me orientar com a sua sabedoria.

Às Professoras Alexandra Sarreira Santos e Lurdes Medeiros-Garcia, pela presença incondicional!

Aos orientadores de estágio, pela partilha de conhecimento.

Aos utentes, pela aprendizagem, pelas suas histórias de vida com quem desenvolvi as minhas competências!

À minha chefe Enf^a Isabel Martins, que se mostrou sempre disponível nesta minha caminhada e me apoiou sempre!

À minha família e amigos:

Ao Jorge e à Fátima pela força e companheirismo!

Aos meus pais, António e Maria, sem eles não seria possível ter tido esta oportunidade formativa,

Aos meus filhos Vasco e Simão, ao Tomás, por todos os momentos que estive ausente!

À Margarida Esteves, que mesmo distante me apoiou com as suas sábias palavras e carinho!

À Joana, à Sara, à Vanessa e à Ana Gil, que estiveram sempre presentes neste percurso com a sua disponibilidade e amizade.

À minha família dedico este trabalho...

OBRIGADA A TODOS!

RESUMO

A problemática da ansiedade tem grande impacto na saúde e altera as rotinas da vida diária. Pode ser a patologia de base, surgir como efeito secundário da medicação ou constituir-se uma comorbilidade de outras patologias. É assim, um problema grave, global e incapacitante para muitas pessoas.

A enfermagem possui conhecimento especializado capaz de reduzir os seus sinais e sintomas. O presente trabalho pretende transmitir os resultados das intervenções realizadas e os ganhos em saúde para os utentes com alterações ao nível da perturbação da ansiedade. Assim, é imprescindível o desenvolvimento de competências nesta área, numa lógica de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Este trabalho tem como título a “Diminuição da ansiedade com alterações da funcionalidade: proposta de intervenções especializadas em enfermagem”, sendo o seu objetivo geral o desenvolvimento de competências nesta área e, de modo a obter resposta à problemática referida anteriormente, iniciei um longo percurso formativo, que incluiu intervenções especializadas com a intenção de contribuir para o bem-estar de quatro utentes com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade presente em grau elevado”.

Ao longo do relatório realiza-se uma abordagem sobre e no percurso nos diferentes contextos de estágio, assim como a descrição dos mesmos. Posteriormente são retratadas as atividades realizadas, a abordagem a outros diagnósticos de enfermagem aos diferentes níveis de prevenção. Todas as vivências e experiências ao longo destes meses, permitiram uma evolução gradual no meu desenvolvimento e a aquisição de competências específicas adequadas ao nível de uma futura enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e Mestre em Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: ansiedade, intervenções, enfermeiro especialista, resultados.

ABSTRAT

The problematic of anxiety is fierce and it changes the everyday routines, whether its origin has a pathological base, secondary effects to the use of medication or in co morbidity with other pathologies. Thus being a serious worldwide problem and may lead to a disabled individual. Nursing has specialized knowledge capable of producing in others symptom and signal reduction. This research report intends to transmit the results of proposed interventions and health gains for patients with anxiety perturbation variations.

Throughout the report an approach on the traineeship is made and its course in the several contexts, as well as the description of these.

Posteriorly the performed activities are portrayed, the approach to other nursing diagnostics to different levels of prevention.

All the experiences lived throughout these months allowed a gradual progress in my development and the acquisition of specific skills suitable at the level of a future specialized nurse in Mental and Psychiatric Health and Master in Nursing.

KEW-WORDS: anxiety, interventions, specialised nurse, outcomes.

SIGLAS E ACRÓNIMOS:

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

B-on- Biblioteca de conhecimento on-line

BPRS- Brief Psychiatry Rating Scale

CIPE- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CIR- Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental

DSM-IV- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

DSM-V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

EBSCO- EBSCO host online research databases

EEM- Exame do Estado Mental

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC- Classificação dos Resultados de Enfermagem

p.-página

PNS- Plano nacional de Saúde Mental

UIDA- Unidade de Internamento de Agudos

USO- Unidade Sócio Ocupacional

INDICE

0. INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 O modelo teórico de Betty Neuman	19
1.2.A problemática da ansiedade.....	21
2. PERCURSO DE ESTÁGIO/ANÁLISE CRÍTICA.....	31
3. ANSIEDADE PRESENTE	41
3.1 Intervenção especializada de enfermagem	41
4. EM RESPOSTA A OUTROS DIAGNÓSTICOS: COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	52
4.1.Intervenção na crise.....	52
4.2.Promoção da saúde.....	54
4.3.Reabilitação.....	56
4.4 Desenvolvimento de competências	59
5. DESENVOLVIMENTO PESSOAL.....	63
5.1 AUTOCONHECIMENTO.....	63
6. CONCLUSÃO	67
7.BIBLIOGRAFIA.....	70
7.1. LEGISLAÇÃO:.....	75
APÊNDICES.....	75
APÊNDICE I- ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E TEÓRICO DE BETTY NEUMAN E O MODELO DA TEORIA DOS SISTEMAS	77
APÊNDICE II- ENTREVISTA DE ENFERMAGEM COM BASE NO MANUAL “A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO” DE JACQUES CHALIFOUR.....	83
APÊNDICE III- POWER POINT- TÉCNICA DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA.....	89
APÊNDICE IV- POWER POINT ANSIEDADE E STRESS (SINAIS E SINTOMAS).....	95
APÊNDICE V- EXAME DO ESTADO MENTAL INICIAL.....	109

APÊNDICE VI- ESTUDO DE CASO.....	113
APÊNDICE VII- SESSÃO DE RELAXAMENTO (PLANIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO)	137
APÊNDICE VIII- PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE OBJETOS E RESPETIVA AVALIAÇÃO.....	157
APÊNDICE IX- ELETROCONVULSOTERAPIA.....	165
APÊNDICE X- CONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS-ALTA.....	169
APÊNDICE XI- FOLHETO “SONO”.....	189
APÊNDICE XII- FOLHETO “ANSIEDADE”.....	193
APÊNDICE XIII- OUTROS DIAGNÓSTICOS.....	197
APÊNDICE XIV- SESSÃO DE CULINÁRIA.....	211
APÊNDICE XV- SESSÃO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA (CUBO 3 FACES)....	217
APÊNDICE XVI- SESSÃO DE CINEMA “FILME DE PATCH ADAMS”.....	221
APÊNDICE XVII- JORNAL DE PAREDE SOBRE O NATAL.....	225
APÊNDICE XVIII- SESSÃO DE MOVIMENTO E RELAXAMENTO.....	233
APÊNDICE XIX- REUNIÃO COMUNITÁRIA.....	245
APÊNDICE XX- A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO.....	251
APÊNDICE XXI- POSTER “ANSIEDADE PRESENTE: PROPOSTA DE INTERVENÇÕESEM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”.....	259
ANEXOS.....	263
ANEXO I- CHECK LIST DE INTERESSES.....	264
ANEXO II- BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS).....	269
ANEXO III- ESCALA DE HALLSTROME E MCLURE (CASO DE ANSIEDADE OU NÃO CASO.....	272
ANEXO IV- ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON.....	274
ANEXO V- RESULTADO NOC-AUTOCONTROLO: ANSIEDADE.....	278
ANEXO VI- JANELA DE JOHARI.....	282

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se inserido no plano curricular do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e apresenta o processo de aprendizagem individual que conduziu ao desenvolvimento de competências do candidato.

Seguindo o plano de estudos da Universidade, pretende-se com a realização de um estágio, o desenvolvimento de competências essenciais e complementares às obtidas no modelo teórico do plano de estudos, para assim obter a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O estágio decorreu no período de 13 de abril de 2015 a 19 de dezembro de 2015, dividido em três módulos: Modulo I- consulta externa (1 de setembro a 24 de outubro de 2015), a unidade de intervenção na crise do adulto- Modulo II (13 de abril a 6 de junho de 2015), e o Módulo III decorreu no hospital de dia no período (26 de outubro a 19 de dezembro de 2015).

Esperava-se com este estágio cimentar os conhecimentos teóricos com a prática, contribuir para o desenvolvimento de competências nas diferentes áreas de atuação de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e posteriormente obter o grau de Mestre em Enfermagem.

O estágio concebe-se como o momento de consolidar conhecimentos na forma mais prática, em que a relação humana é um dos pilares mais significante deste processo. Assim foram delineados objetivos com sugestão do plano de estudos, objetivos pessoais.

O interesse pela especialização na área de Saúde Mental e Psiquiatria surge-se pelo interesse em estudar a sua teoria, pela experiência profissional exercida na área da cirurgia e pelo défice de conhecimento pela mente humana. Jean Watson (2002) atribui à enfermagem a responsabilidade ética e social para o individuo e sociedade, perante as necessidades do ser humano e sociedade. Por sentir esta responsabilidade, tracei o meu

percurso. Optar por este caminho não foi fácil, a teoria faz-se parecer muito exata nos seus manuais, e até parece simples quando se estuda, mas quando é contemplado o fator pessoa, cada pessoa que cuidamos, ensina-nos que perceber a mente humana é um processo inacabado e existe sempre algum ponto por findar e acima de tudo to a aprender! Este trabalho manifestará o meu percurso pedagógico de forma escrita, com a exposição das atividades desenvolvidas no estágio. Assim, pretende-se o mais alto nível de fidelidade e honestidade e profissionalismo.

Com a sua elaboração pretendo descrever as competências adquiridas, atividades e estratégias, sob a forma de uma reflexão crítica e que de algum modo trouxeram algum benefício ao meu desenvolvimento, contribuir para a melhoria dos cuidados especializados, das competências humanas e interação social com a intencionalidade de obter ganhos em saúde. Por fim, a elaboração de um documento que num primeiro momento avaliativo, tem como objetivo a aquisição da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e, num segundo momento a nível académico, para uma discussão pública posterior, com o objetivo final da aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Não menos importantes são os locais e a população selecionados para dar resposta aos desafios pessoais e académicos. Enumero os três campos de estágio pela ordem que foram realizados, onde alicercei, cimentei e construí parte da minha identidade como futura enfermeira especialista. O módulo II, foi o primeiro contato e decorreu numa clínica psiquiátrica de um hospital especializado na área de Lisboa e previu-se a aquisição de competências ao utente adulto em contexto de crise. O módulo I, foi realizado na consulta externa de um hospital da margem sul pertencente à ARSLVT, com objetivo de promoção de estilos de vida saudáveis. O último a ser efetuado, foi módulo III pertencente à instituição descrita anteriormente e aconteceu no hospital de dia com vista a atingir competências em reabilitação/reinserção social.

A execução de um trabalho que compile todas as experiências vividas, atividades realizadas e ao mesmo tempo faça a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos, não é fácil, pois exige uma capacidade de crítica e de síntese enormes. Não obstante, foi considerada a melhor forma a estruturar o relatório:

- Percurso de estágio e análise crítica dos mesmos,

- Enquadramento teórico, em que será abordado o modelo teórico de Betty Neuman, que serviu de guia, durante o estágio e revisão da literatura sobre a problemática da ansiedade, assim como as intervenções de enfermagem, de carácter individual com a metodologia de estudo de caso para trabalhar o grupo de utentes seleccionados em contexto de consulta externa.

- Atividades desenvolvidas em resposta a outros diagnósticos: intervenção no adulto em crise, promoção da saúde, e reabilitação.

O último ponto a ser desenvolvido é o desenvolvimento pessoal, com referência às atividades desenvolvidas para desenvolver o autoconhecimento. No final termina com uma breve conclusão que pressupõe ser a síntese de todo o processo de aprendizagem descrito no relatório.

No que concerne à metodologia é a descritiva no presente trabalho, com exceção do grupo de trabalho em que foi utilizada a metodologia de estudo de caso constituído por quatro utentes, que acompanhei em consulta individual como enfermeira de referência e mobilizamos dinâmicas de grupo recorrendo a intervenções especializadas no âmbito da psicoeducação. Utilizamos o método expositivo para visualização de sinais e sintomas da ansiedade, técnica da respiração profunda e a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. O objetivo da aplicação da metodologia referida anteriormente foi contribuir para o bem-estar de quatro utentes com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade presente em grau elevado”. Metodologia que é justificada com pesquisa bibliografia, pesquisas efetuadas em bases de dados nacionais (b-on) e RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e internacionais como a (EBSCO).

As intervenções especializadas no âmbito da psicoeducação, associadas às técnicas de respiração profunda e relaxamento progressivo de Jacobson, proporcionam ganhos em saúde e diminuição da ansiedade. Os desafios são: Programas de continuidade de acompanhamento, a realização de um poster sobre a temática, implementação de programas estruturados para alívio da ansiedade e atenção e valorização dos profissionais para esta problemática.

Ambiciona-se com esta reflexão que seja transmitido o trabalho delineado, estruturado durante o período já passado e que seja concebida uma visão global das

atividades desenvolvidas de cariz individual, em grupo, na equipa, nos diferentes contextos.

No final, na parte pós textual, apresenta-se a bibliografia que foi realizada de acordo com a norma da *American Psychological Association*, versão de 2012, finalizando este relatório de estágio com os apêndices e anexos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 O modelo teórico de Betty Neuman

O modelo teórico que se fez acompanhar neste percurso de vários meses, o modelo de Betty Neuman, em que tive a oportunidade de aplicar nos diferentes contextos, de refletir e analisar criticamente a influência que o conhecimento e a ação dos enfermeiros e da enfermagem, quando utilizados os casos práticos, deparamo-nos com a prática da enfermagem especializada¹.

A análise crítica constitui um momento reflexivo no qual se faz a ligação entre a teoria e a prática diária de Enfermagem. É na ação que o enfermeiro materializa o seu conhecimento teórico. E é na teoria que o enfermeiro sustenta a sua ação. “ *Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de caráter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver.* ” (MARTINS, 2008). Desta forma, é exigido ao enfermeiro que reflita sobre os seus cuidados e que justifique o seu agir, pois só uma reflexão sustentada, tanto na teoria como na prática, permite prestar cuidados de enfermagem dirigidos e específicos que, por sua vez, proporcionem bem-estar e equilíbrio (Homeostase) não só à pessoa cuidada mas também à família e à comunidade.

Este modelo serviu de guia para a minha prática, apesar de ter conhecimento da multidimensionalidade das relações representadas neste modelo, e de forma a aprofundar a reflexão, optei por me centrar na relação enfermeiro – doente, pois é na pessoa cuidada que se centra a finalidade da ação da enfermagem perante a realidade vivenciada nos estágios e a ter aplicabilidade em todos os contextos.

O objetivo segundo Betty Neuman centra-se na promoção de ações de enfermagem que ajudassem a pessoa a manter, reter ou atingir a estabilidade, atuando nos diversos tipos de prevenção. Ação esta que pode fornecer ao indivíduo,

¹ APÊNDICE I- Enquadramento Histórico e Teórico de Betty Neuman e do Modelo da Teoria dos Sistemas.

“ferramentas” que o permitam recuperar o equilíbrio e que será fundamental, com fim de atingir a plenitude do sistema em que se insere.

Para que isto seja possível é necessário a identificação prévia dos elementos stressores que provocam no individuo as mais diversas alterações. Este modelo atua aos três níveis de prevenção (...) *Na prevenção primária, o enfermeiro ajuda o cliente a aceitar os acontecimentos mais frustrantes; na prevenção secundária, o seu papel tem um enfoque na aceitação das sensações e dos sentimentos na prevenção terciária implica o trabalho através dos apoios ambientais no sentido de auxiliar o cliente em crise (ROSA, 2013)*”.

Com a análise do modelo pode verificar-se a importância da relação Enfermeiro-doente e a atuação do profissional perante a pessoa, sendo que o mais importante e “ *o ponto fulcral é manter o equilíbrio desta pessoa e para tal é necessário realizar um diagnóstico de situação, para que consiga planejar as intervenções. O enfermeiro é aquele que está presente na prevenção primária, secundária e terciária de forma adequada face à situação vivida pelo cliente. ” (Rosa, 2013).*

Na díade enfermeiro-doente é necessário constantemente intervenções de cariz específico que permitam procurar, atingir e manter essa plenitude. Neste sentido é importante explorar o metaparadigma enfermeiro e Saúde. Para Neuman o Enfermeiro é “*(...)é uma profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do individuo ao stress.*” (ALMEIDA,2011) e o metapardigma Saúde que procura experiências já vividas pelo utente no contexto saúde-doença, com o objetivo de organizar energias e a autora entende que “*(...)saúde como um continuum e não como uma dicotomia de bem-estar e doença (ALMEIDA, 2011)*”.

Durante o percurso de estágio o modelo foi aplicado em diferentes e diversas situações, como nas entrevistas efetuadas, estudos de caso, documentos para elaboração de consulta de enfermagem pós-alta. No fundo o modelo foi orientador e organizador do meu percurso.

1.2.A problemática da ansiedade

Quando me propus trabalhar para obter competências na área da saúde mental e psiquiatria, aprofundar a temática da ansiedade era uma intensão pessoal e com o passar do tempo tornou-se evidente a dimensão da mesma. As razões pessoais, o contato com os utentes, apercebi-me que era importante desenvolver competências nesta área para que pudesse intervir junto de quem vive com ansiedade presente e sobretudo na prevenção da mesma.

Para operacionalizar o objetivo anterior e, posteriormente as competências respetivas, foi necessária a execução de várias pesquisas, nas bases de dados como a b-on, EBSCO, obras fundamentais como o novo DSM-IV e DSM-V, manuais da área de psiquiatria e documentos de organismos oficiais: Organização Mundial de Saúde, Direção Geral da Saúde e American Psychiatric Association.

A American Psychiatric Association (2002) mostra que as Perturbações da Ansiedade são as perturbações emocionais mais comuns na população e que afeta cerca de 25 milhões de americanos e que estas perturbações tendem a agravar-se quando não detetadas e a evoluir para situações mais graves e patológicas.

Segundo a Direção Geral da Saúde e o estudo de prevalência de perturbações mentais em adultos de 2013, tem como dados o valor de prevalência anual de 22,9%, ou seja o mais elevado entre os 8 países da Europa que participaram no estudo. Dos 22,9%, 16,5 reporta-se a Perturbações da Ansiedade, dos quais, as mais frequentes são as Fobias Específicas e as Perturbações Obsessivo-Compulsivas.

Desde a Antiguidade que vários autores refletiram sobre a ansiedade, antes de Freud eram os filósofos que se preocupavam com as crises e conflitos entre os seres humanos. Freud (1936) considerou a ansiedade como estado ou condição emocional desagradável, incluindo componentes fisiológicas e comportamentais, acompanhados por descargas motoras, consequentes de uma situação de perigo. Refere que toda esta condição se relaciona com a expectativa, caracterizou-a como ansiedade por algo. No seu desenvolvimento, sempre que a mente fosse invadida, por estímulos externos ou internos, que dificultassem ou impedissem o domínio ou descarga. Neste processo, o ego adquiria a capacidade de produzir ansiedade, perante uma situação de perigo e mais tarde, antecipação ao perigo.

A ansiedade é vista na classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID-10) e no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV), como um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, que é gerado em antecipação a algum acontecimento ou perigo, acompanha-se frequentemente de sintomas autónomos como cefaleias, sudorese, palpitações, sensação de aperto pré-cordial, desconforto abdominal.

Esta, traduz-se por um sentimento de insegurança, ou, medo sem fundamento real. Todos nós somos ansiosos em determinado momento da vida (SARAIVA & CEREJEIRA, 2014) sem que isso seja patológico. Existem contudo diferentes níveis de ansiedade. Em algumas pessoas, a ansiedade exprime-se por um sentimento de medo, inquietação, sensação de perigo iminente, (medo de insucesso, morte súbita, medo de perder o auto controle, medo de ficar mentalmente destabilizado), (SPIELBERGER, 1972).

A ansiedade faz parte da vida psicológica normal e prepara o indivíduo para lidar com situações potencialmente danosas, determinando alterações no comportamento. As perturbações da ansiedade situam-se entre as perturbações mais prevalentes do mundo. Com elevados números de morbilidade por comprometimento dos serviços de saúde e mortalidade relacionada com os problemas cardiovasculares. Os clínicos que lidam com esta patologia devem ser capazes de estabelecer o diagnóstico eficazmente e iniciar o tratamento ou estratégias de controlo, caso se justifique (SADOCK & SADOCK, 2007).

No manual DSM-V, a perturbação da ansiedade é classificada pelas seguintes perturbações: Perturbação da ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação da ansiedade social (fobia social), perturbação de pânico, agorafobia e perturbação da ansiedade generalizada e este manual expressa-se através de um sistema mutiaxial, enquanto o DSM-IV tem sistema multiaxial com 17 classificações principais e mais de 300 transtornos específicos.

Os transtornos de ansiedade foram reformulados nesta nova edição do manual e os diagnósticos de transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de stresse agudo e transtorno de stresse pós-traumático foram recolocados em novos capítulos. O diagnóstico de quadros fóbicos (agorafobia, fobia específica e transtorno de ansiedade social) deixou de exigir que o indivíduo com mais de dezoito anos reconheça o seu medo como excessivo ou irracional, visto que muitos pacientes tendem a superestimar o

perigo oferecido pelo objeto ou evento fóbico em questão. A duração mínima para o diagnóstico desses transtornos passa a ser de seis meses para todas as idades. O transtorno de pânico e a agorafobia foram separados como diagnósticos independentes, reconhecendo a existência de casos nos quais a agorafobia ocorre sem a presença de sintomas de pânico. Além do que a observação do ataque de Pânico pode ocorrer como co-morbidade noutros transtornos mentais além da ansiedade fez com que o DSM-V incluísse o ataque de pânico como especificador para todos os demais transtornos. O transtorno de ansiedade de separação e o mutismo seletivo foram excluídos do capítulo dos transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência e passaram a ser contemplados nos transtornos da ansiedade. Os critérios diagnósticos para o transtorno da ansiedade de separação são semelhantes aos do antigo manual (DSM-IV), mas aceitam que os sintomas tenham início em indivíduos com mais de dezoito anos. Os critérios para o diagnóstico de mutismo seletivo são exatamente os anteriores (ARAUJO & NETO, 2014).

Todavia, com as alterações realizadas, a prática atual dos cuidados de saúde, nas nossas instituições hospitalares e comunidade, a classificação que vigora, é a descrita no manual DSM-IV.

A ansiedade segundo (DOCHTERMAN & BULECHEK, 2004) pode ser um sentimento de desconforto e é acompanhado por uma resposta automática em que a sua origem pode ou não ser conhecida, ou, ser um sentimento que surge como forma de antecipação ao perigo e vai funcionar como um sinal de alerta para que o indivíduo possa lidar com a possível ameaça.

Para melhor atuar perante a problemática que é a ansiedade impõem-se que esta seja classificada, para melhor adequar as intervenções de enfermagem. A ansiedade é classificada por (TOWNSEND, 2009) em ligeira, moderada e grave, em que a ansiedade ligeira é manifestada por sentimentos de tristeza do dia-a-dia e os mecanismos de coping encontram-se afetados. A ansiedade moderada define-se por respostas neuróticas acompanhadas por alterações de distímia e ciclotímia e por fim a ansiedade grave, com respostas de caráter psicótico, associada a depressão e a perturbação bipolar.

A resposta aos eventos adversos na pessoa, pode encontrar-se alterada e levar à depressão, existe assim, um desequilíbrio afetivo em resposta ao stress que lhe é imposto, como as alterações ao nível da imunidade já foram associadas ao stress como exames académicos, mudanças e vida como divórcios, separações e refere o mesmo autor além da terapêutica farmacológica existem as técnicas de relaxamento podem ser benéficas para o seu tratamento e defende que *“a psicoterapia está indicada nestas perturbações, sendo que a mais estudada e com melhores resultados terapêuticos alcançados é a terapia cognitivo-comportamental”* (FIGUEIRA, SAMPAIO, & AFONSO, 2014).

Não é fácil encontrar resultados com cariz científico, efetuado por enfermeiros, na área da ansiedade, mas existe. Como exemplo desta existência foi encontrado um estudo realizado por (BORGES & FERREIRA, 2013). Os autores indicados anteriormente defendem no seu estudo que existe uma melhoria ao nível cognitivo quando realizadas terapias de relaxamento a um grupo de utentes com stress e ansiedade. SILVA & BRANDÃO (2012) reforçam a necessidade de acorrer a pessoa que sofre com ansiedade e a responsabilidade que o enfermeiro especialista em saúde mental em assumir essa competência. Subsistem estudos em profissionais de saúde e como lidar com o stress profissional. Importa o estudo de TYRER, et al. (2014) que relata a importância das intervenções, quer a nível cognitivo quer a nível comportamental no tratamento da ansiedade, quando implementadas por enfermeiros (BERNHARDSDOTTIR, CHAMPION, & SKÄRSÄTER, 2013), os resultados são mais evidentes.

As designações de terapia cognitiva e terapia comportamental tendem a convergir para a atual abordagem mais inclusiva em terapia cognitivo-comportamental. (SAMPAIO, SEQUEIRA, & CANUT-LLUCH, 2014), defendem que a abordagem psicoterapêutica deve ser o mais abrangente possível e *“(...)não se espera que o modelo permita dar respostas diretas a diagnósticos médicos, mas sim a diagnósticos de enfermagem a definir e de acordo com a linguagem classificada(...)embora seja possível que, conseqüentemente haja também ganhos ao nível dos diagnósticos médicos”*. Defendem ainda que o modelo de intervenção psicoterapêutico deve ser constituído por dois níveis, o primeiro na decisão dos enfermeiros EESMP na melhor abordagem psicoterapêutica a adotar, consoante as necessidades do utente e para tal

existem duas opções de intervenção possíveis para (SAMPAIO, SEQUEIRA, & CANUT-LLUCH, 2014), com base na psicoterapia psicodinâmica se for caso de alteração ao nível dos processos mentais inconscientes ou com base na terapia cognitivo-comportamental se o défice for ao nível da disfuncionalidade dos pensamentos, emoções ou comportamentos. O segundo nível de decisão é na operacionalização destes dois tipos de intervenção psicoterapêutica em enfermagem.

O modelo cognitivo-comportamental é eficaz no tratamento da ansiedade aos três níveis, cognitivo, comportamental e fisiológico (KNAPP, 2004). Na terapia cognitiva é trabalhado com o utente os sinais e sintomas que levam à formação do ciclo ansioso, descrevendo situações potenciadoras de ansiedade e a terapia visa corrigir distorções cognitivas existentes. A nível do comportamento é realizada intervenção preventiva do comportamento preocupado, em que após a identificação do problema o utente controla o momento da preocupação, o tempo e estabelece prioridades e posteriormente o desenvolvimento da assertividade. A teoria comportamental refere-se a ações observáveis, relevando pouco o que se passa na mente, e, o comportamento é condicionado pelos acontecimentos do meio envolvente (PAYNE, 2003)

No estudo de TYRER, et al. (2014), que teve a duração de dois anos relata que a terapia cognitivo-comportamental tem efeito redutor a nível sintomático da ansiedade. Demonstra ainda um resultado com algum impacto ao nível das intervenções quando executadas pelos diferentes técnicos. A eficácia do terapeuta quando as intervenções são realizadas por enfermeiros treinados e com formação avançada (BERNHARDSDOTTIR, CHAMPION, & SKÄRSÄTER, 2013), e, ainda com maior impacto nos resultados dessas mesmas sessões, quando os enfermeiros possuem formação na área da saúde mental. A taxa de abandono deste tipo de tratamento é baixa quando o terapeuta é enfermeiro, sendo esta classe melhor aceite pelos utentes, são considerados ainda pelos utentes como detentores de mais conhecimento acerca dos distúrbios médicos e isso faz aumentar a confiança dos utentes nestes profissionais TYRER, et al. (2014).

As intervenções de enfermagem são direcionadas ao utente, à família, à comunidade, individualizadas ou em grupo. Qualquer que seja o alvo, estas *“intervenções derivam da aplicação das atividades de diagnóstico visando a identificação de problemas e têm um papel de extrema importância para a construção*

de um plano de cuidados para o doente/família. A identificação dos problemas mais relevantes reveste-se de particular dificuldade, uma vez que todos eles poderão concorrer para a melhoria dos sinais e sintomas e para a reabilitação do doente” (CARVALHO, 2012, p. 53).

As intervenções de enfermagem com caráter individual, permite à díade enfermeiro-utente uma evolução na relação terapêutica mais rápida em relação às atividades em grupo, devido à proximidade e condições para que se estabeleça essa relação (PAYNE, 2003). Relação que caracteriza em ambas as situações o enfermeiro pela parceria que estabelece com o utente, pelo respeito que possui face às capacidades deste e valorização do seu papel, e, simultaneamente vai fortalecendo a relação ao longo do processo dinâmico, com o objetivo de auxiliar o utente a realizar o seu projeto de vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). Ao longo do estágio foi estabelecido contato com o utente a nível individual e o método mais utilizado foi a entrevista, com base nas indicações do modelo de entrevista de Chalifour como se pode consultar o documento elaborado no APÊNDICE II².

O ser humano possui uma predisposição natural para reunir. A existência de um grupo pressupõe características psicológicas que lhe são intrínsecas CORDIOLI et al (2008), e oferece aos intervenientes desse grupo através da interação, acesso privilegiado a relacionamentos e conflitos (intrínsecos e extrínsecos ao utente), fantasias, expectativas, resistências e identificações na procura por um estado de equilíbrio entre as diversas emoções. A nível grupal a interação pode ser mais variada e complexa, pois existe a possibilidade de existir mais experiências das situações de vida, transferências múltiplas entre o utente, profissional e para com os outros utentes (JONES, HERRICK, & YORK, 2004).

Quer a nível individual, quer em grupo o foco é o utente e conforme as suas necessidades, assim direcionamos a nossa intervenção. A capacidade de intervir do enfermeiro que possui formação adequada é determinante para executar intervenções de enfermagem, seja a que nível for. Presentemente nas instituições que cuidam de pessoa com doença mental, observa-se uma vasta diversidade de atividades (GUIMÓN, 2002), no entanto não existe uma fórmula estanque na aplicação destas técnicas,

² APÊNDICE II- ORIENTAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE ENTREVISTA- ADAPTAÇÃO DE JACQUES CHALIFOUR.

independentemente do grupo que tenhamos, torna-se necessário “*combinar, recriar, adaptar e reinventar as técnicas*” (IDANEZ, 2004).

A fim de que as intervenções em grupo ou individual ocorram com o mínimo prejuízo possível, insurge-se a supervisão com características preponderantes na sua execução, aumenta quer a capacidade do terapeuta e protege-o contra a fadiga emocional, a lidar com as reações dos utentes e as próprias, pois no tratamento existem experiencias emocionais reprimidas que podem surgir quer pelo utente, quer pelo terapeuta (PAYNE, 2003)

As intervenções de enfermagem para a solução do problema ansiedade, “*a presença, redução da ansiedade, técnicas para acalmar, musicoterapia, intervenção na crise, controle do ambiente, relaxamento progressivo, terapia simples de relaxamento, promoção de exercício*”(DOCHTERMAN & BULECHEK, 2004). O enfermeiro tem um papel importante no diagnóstico da ansiedade, controlo, e é através da avaliação (colheita de dados), deve considerar as várias dimensões do utente, física, psicossocial e a adaptação ao stress, para posteriormente implementar a intervenção mais adequada ou ajustada, entre as quais o relaxamento pelas suas características será uma possibilidade (ROSA, 2014)

O relaxamento tem a capacidade de aliviar o componente fisiológico e integra a respiração diafragmática e o relaxamento muscular progressivo com ou sem imaginação guiada (KNAPP, 2004). As técnicas de respiração e relaxamento visam proporcionar um alívio ao nível da ansiedade presente, através do desenvolvimento de estratégias de coping, habilidades, conhecimento sobre a doença que permita um maior controle sobre a ansiedade e assim uma maior qualidade de vida. Contudo, é fundamental que cada procedimento a implementar pelo terapeuta, seja devidamente explicado e adaptado às características do público-alvo, e deve ser introduzido novos procedimentos quando o anterior já se encontra apreendido, a ser explicado e descrito com pormenor adequando o tom de voz, conforme o ciclo de contração e relaxamento (BORGES & FERREIRA, 2013).

Para PAYNE (2003) o relaxamento progressivo de Jacobson é utilizado para alívio de tensão, em oposição, a momentos de contração muscular e para (BORGES & FERREIRA, 2013, p. 38) que citam (Ryman,1995), em que o relaxamento possui caracter mais abrangente e é definido por “*um estado de consciência caracterizado por*

sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo". É uma técnica que tem como base a contração e descontração dos vários grupos musculares, com o objetivo de que o sujeito aprenda a reconhecer as próprias tensões e assim reduzi-las, com controlo dos afetos (RISPAIL, 2003).

Existem vários tipos de técnicas de relaxamento, e para a escolha das mesmas, foram criados os seguintes critérios baseados em determinadas características (PAYNE, 2002):

- Ser de fácil aprendizagem e aplicação;
- Não exigir conhecimentos especializados por parte do terapeuta;
- Não requerer equipamento difícil de manusear;
- Passível de utilizar em grupos pequenos;
- Servir para todas as idades.

O "Relaxamento" normalmente é usado no contexto de alívio da tensão muscular e por sua vez uma diminuição da ansiedade Borges & Ferreira (2013) afirmam que o seu "objetivo é dotar a pessoa de habilidades para controlar a sua própria ativação fisiológica e confrontar as situações que provocam stress e ansiedade". Contudo, o relaxamento apresenta uma dimensão mental e física.

Pode dizer-se que o relaxamento tem três objetivos (Titlebaum, 1988, cit. por Payne, 2002):

Como medida preventiva, para proteger os órgãos do corpo de desgaste desnecessário e, em particular, os órgãos envolvidos em doenças relacionadas com o stress. Como tratamento, para ajudar a aliviar o stress em condições como hipertensão essencial (Patel & Marmot, 1988), cefaleia de tensão (Spinhoven e tal, 1992), insónia (Lichstein, 1983), asma (Henry et al, 1993), deficiência imunológica (Antoni e tal, 1991), pânico (Ost, 1988), entre outras como competência de lidar com o stress, para acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz. Assim, como o stress pode prejudicar mentalmente a pessoa, o relaxamento pode ser uma forma de repor a clareza do pensamento. Descobriu-se inclusivamente que a informação positiva armazenada na memória se torna mais acessível quando uma pessoa está relaxada (Peveler & Johnston, 1986).

Contudo é fundamental a avaliação de cada utente, para que as intervenções de enfermagem sejam adaptadas, consequentemente melhores resultados quando implementado o processo de enfermagem, com diagnósticos, intervenções e resultados direcionadas ao utente ou grupo de utentes.

2. PERCURSO DE ESTÁGIO/ANÁLISE CRÍTICA

A primeira experiência em contexto de estágio foi inserida no módulo II-que contempla o desenvolvimento de competências em saúde mental e psiquiatria de intervenção em situação de crise no adulto. Este módulo decorreu numa clinica psiquiátrica num hospital especializado na área de Lisboa e tem como principal característica assegurar cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental a cidadãos adultos, de acordo com as orientações políticas e planos aprovados a nível nacional.

A clinica supracitada faz parte de um total de seis clinicas de internamento de agudos pertencentes ao hospital e tem na sua missão prestar cuidados especializados a utentes adultos que necessitam de tratamento e estabilização na fase aguda. A clinica assegura a articulação com o atendimento psiquiátrico de urgência, realizado a nível central, assim como a admissão de utentes vindos de outra clinica pertencente à mesma instituição que necessite de estabilização, com o laboratório de análises clínicas, hospital de dia, exames complementares de diagnóstico e clinica especializada de electroconvulsoterapia.

A equipa é constituída por 23 enfermeiros, 1 elemento responsável e 2 elementos com horário fixo. Todos os dias é delegado um responsável de turno, que realiza a distribuição dos restantes elementos pelos utentes do serviço de agudos e demências e neuropsiquiatria. Às 2^{as}, 4^{as} e 6^{as} são atribuídos horários da manhã a 2 elementos da equipa, para realizar turno na clinica de electroconvulsoterapia.

O serviço completo tem forma de “H” ou seja de um lado é designado de estabilização e tratamento de agudos e do outro lado do tem 13 utentes com patologia do foro da neuropsiquiatria, ou seja neuro demências e psiquiatria. A parte esquerda do H capacidade para 24 utentes, sendo que na ala esquerda são homens e a ala direita são as mulheres. Além dos quartos, existem capacidade para 4 isolamentos. Existe ainda em cada ala do serviço, casas de banho para cada sexo, masculino e feminino.

Do lado dos homens a seguir às casas de banho encontra-se uma sala de estar para utentes e familiares, com sofás e 1 mesa de matraquilhos. Do lado oposto encontra-se a saída para um jardim interior que faz parte do serviço, e é aberto aos utentes a seguir ao pequeno-almoço que é servido pelas 9:30. As refeições são servidas no refeitório com hora marcada e os utentes têm lugares marcados, selecionados estrategicamente, atendendo à patologia e relações existentes entre os mesmos.

Qualquer que seja a origem do utente ao serviço é sempre realizada uma entrevista inicial e realizado o exame estado mental, pela equipa de enfermagem. Seguidamente é criado um espólio, sempre que exista, com os objetos que o utente possa ter em sua posse e fornecido ou realizada uma leitura das regras do serviço. Os utentes iniciam as higiènes por volta das 7 da manhã, ainda no turno da noite e todos os utentes independentes por norma ficam com a higiene realizada ou iniciam, e com o turno da manhã ficam aqueles que necessitam de supervisão ou que se encontram mesmo dependentes nos cuidados de higiene. Os produtos de higiene pessoal são guardados na sala de enfermagem e fornecidos sempre que solicitados pelo utente, pois encontram-se identificados e num armário específico na sala de enfermagem, ou seja os utentes não têm no quarto nenhum dos seus pertences. Cerca das 9h30 são iniciados os pequenos-almoços e com estes é dada a medicação junto dos utentes no refeitório.

A seguir ao pequeno-almoço os utentes podem ter várias atividades, sendo que podem ir à consulta médica, integrar atividades delineadas pela equipa de enfermagem, ir para o jardim interior, que o serviço oferece, para salão de jogos e também sala de convívio, sala de televisão. Ainda antes do almoço são possibilitadas as visitas e podem ser ou não permitidas pela equipa, tem que existir uma autorização prévia por parte da equipa de cuidados, podendo haver circunstâncias em que não são permitidas visitas, estando a equipa nestes casos disponível para esclarecimentos. No período da visita fica sempre um elemento da equipa de enfermagem distribuído para dar apoio aos familiares e utentes. O horário das visitas é das 11 as 12h e apenas 1 pessoa e das 15 às 17h também para 1 pessoa. As visitas estão proibidas no quarto e deverá ocorrer na sala de visitas ou jardim interior. Os quartos ficam fechados logo após o pequeno-almoço e só voltam a ser abertos após o almoço.

O almoço é pelas 12:45h, o lanche pelas 17h e o jantar cerca das 19:30horas. A ceia é servida para todos, e é oferecida pelas 22horas. À noite, após a ceia os utentes

deverão entregar aos enfermeiros o tabaco e o isqueiro que havia sido distribuído a seguir ao pequeno-almoço, uma vez que não lhes é permitido fumar no quarto

O primeiro objetivo que defini para este local de estágio, está relacionado com a integração da equipa funcional do serviço de psiquiatria de agudos de um hospital central de Lisboa e para que fosse mais global, entendemos que passaria pelas diferentes valências do serviço, nomeadamente uma semana no serviço de eletroconvulsoterapia e ainda me propus a realizar alguns turnos no turno da tarde. Ao iniciar o estágio neste centro hospitalar, procurei integrar a equipa multidisciplinar e a própria organização do serviço no intuito de compreender o trabalho desenvolvido pelos diferentes técnicos da equipa, identificando paralelamente necessidades e/ou problemas vivenciados pelos profissionais, utentes e seus familiares. Procurei cultivar um bom relacionamento, tanto formal como informal com os elementos da equipa nas mais diversas ocasiões.

Considero que é integrada na equipa de enfermagem que se estabelecem relações mais equitativas e próximas com os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles.

Gostaria de salientar o facto da minha integração na equipe multidisciplinar, e particularmente na equipe de enfermagem, ter decorrido de forma muito gratificante para mim graças á disponibilidade e interesse que senti, por parte dos elementos que me receberam, para facilitar o desenvolvimento e aplicação do meu projeto de formação. A integração foi determinante para o decurso do estágio, pois foi o primeiro contato que tive com a área e com o utente em crise, mais concretamente. Este sentimento de companheirismo trouxe-me alguma tranquilidade e assim ter começado da melhor forma possível a minha aprendizagem de cruzamento entre a teoria e a prática.

Ao nível de competências, foi neste contexto que tomei consciência que a realizar determinadas atividades poderia desenvolver competências essenciais à relação com o utente. A entrevista, a comunicação, relação de ajuda, relação terapêutica, técnicas de relaxamento, estimulação cognitiva, planificação da licença de ensaio, foram algumas das intervenções que executei neste módulo e que de alguma forma desencadeou a construção do “meu pilar” sustentado para abordar o utente com doença mental.

As competências adquiridas em contexto de trabalho, com o trabalho em equipa, organização do trabalho, a partilha de responsabilidades, o aprender a aprender com novas situações e novas abordagens terapêuticas, a realização de intervenções supervisionadas, e possibilidade de validar as intervenções efetuadas contribuíram em grande medida para o meu desenvolvimento e satisfação pela realização deste estágio.

As experiências vividas junto das orientadoras no local de estágio, e as atividades observadas e realizadas contribuíram para alcançar os objetivos que anteriormente tinha delineado, o refletir na e sobre a minha prática, de forma crítica, favoreceram o meu desenvolvimento pessoal.

Os últimos módulos de estágio, módulo **I** e **III**- desenvolvimento de competências na promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico precoce e prevenção na comunidade: consulta externa e hospital de dia respetivamente, decorreram num hospital central na margem sul, integrado na ARSLVT. O serviço de psiquiatria e saúde mental do centro hospitalar pertencente à ARLVT, tem como missão assegurar a promoção da saúde mental a todos os cidadãos, defendendo e promovendo os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental. Integrando os cuidados de saúde gerais, numa perspetiva multidisciplinar, assegurando a prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social, garantindo a equidade na acessibilidade, numa ótica de efetividade, eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Encontra-se inserido num centro hospitalar que abrange vários concelhos da margem sul. É constituído por várias unidades. A UIDA (unidade internamento de doentes agudos), a área de dia, a unidade de ambulatório e a psiquiatria forense. A UIDA que se encontra situada no piso 0 do hospital e tem como objetivo a assistência ao utente em fase aguda da doença. A área de dia que se encontra fisicamente separada do edifício principal do hospital central, a cerca de 2 km de distância deste. Esta unidade de dia tem como finalidade a reabilitação psicossocial e pré-profissional, assim, como a reinserção social dos utentes.

A consulta externa encontra-se junto ao hospital de dia, é constituída por gabinetes médicos de psiquiatria de adultos e 1 gabinete médico de pedopsiquiatria, 3 gabinetes de enfermagem, 2 salas de espera, secretariado e ainda o gabinete de psiquiatria forense. Nesta unidade encontra-se sempre presente um enfermeiro

especialista em saúde mental e psiquiatria, que é o coordenador da unidade de ambulatório e se encontra responsável pelo programa CIR. Os restantes gabinetes de enfermagem, um é para os utentes que fazem administração de injetável depôt e o outro gabinete é onde se realiza a monitorização dos utentes, utentes estes que fazem a sua medicação em instituições, centros de saúde.

A psiquiatria forense assegura a realização de exames periciais solicitados pelas estruturas judiciais e pelo instituto nacional de medicina legal. A área de dia é constituída por 2 gabinetes de enfermagem, sala de treino de AVDS, 2 salas de atividades, salão e cozinha. Habitualmente tem um enfermeiro especialista e outro que pode ou não ser especialista, e um coordenador que é especialista em saúde mental e psiquiatria.

Desta unidade de dia integram os programas USO com capacidade para 30 utentes, ou seja unidade sócio ocupacional e o programa de reabilitação socioprofissional com capacidade para 10 utentes. No programa USO, são incluídos ainda 6 utentes da UVA (unidade de vida autónoma) e fazem parte os vários ateliers, ateliers de expressão plástica, carpintaria e jardinagem. Estes ateliers podem integrar a formação pessoas que tenham a sua doença psiquiatria clinicamente estáveis e pessoas motivadas e com algum nível de autonomia e interesse para integrar os programas de formação. Os objetivos destes grupos de trabalho são: reforçar a capacidade de autonomia, motivar a integração em programas de formação mais específicos, adquirir competências na área da formação, com vista a facilitar a integração nas estruturas empresariais da comunidade.

O atelier de expressão plástica oferece a quem deseja exprimir-se, a possibilidade de desenvolver diversas atividades, entre as quais os trabalhos de barro, colagem, desenho e pintura, desenvolvimento da escrita e construção do livro de artista.

No atelier da carpintaria o utente irá conhecer e aprender diversas técnicas de trabalhar a madeira, à mão e à máquina, aprende também a construir pequenos móveis, brinquedos e outros.

Na jardinagem os utentes fazem a manutenção dos jardins e fazem culturas com os produtos da época que posteriormente vendem aos funcionários e público em geral.

Em todos os ateliers se encontram monitores a orientar e supervisionar os utentes nas suas diferentes fases de aprendizagem.

O programa de reabilitação tem o objetivo de apoiar a pessoa com doença psiquiátrica a escolher, obter e manter um emprego, integrado na comunidade, com significado para si própria. Tem como objetivos específicos o fortalecimento individual e social, aumentando a autoestima e autodeterminação, potenciar o funcionamento global da pessoa aumentando a sua qualidade de vida, obter a adesão total ao projeto terapêutico, promover a participação social diminuindo o isolamento e a exclusão, promover a participação e intervenção familiar, fortalecer as redes de suporte social, promover a diminuição da estigmatização e discriminação da pessoa. É um programa com duração de 3 meses, compreendendo 3 fases de aproximadamente 4 semanas. Podem integrar este programa pessoas com necessidade de apoio na área de saúde mental, provenientes da área de intervenção do centro hospitalar, em idade ativa que se encontrem estáveis do ponto de vista clínico e quem evidenciem capacidades de permanecerem em emprego na comunidade. Podem ser referenciadas por instituições de solidariedade social ou outras entidades sediadas na comunidade utilizando os contatos diretos da área de dia. Outro modo de referenciação poderá ser através dos médicos de família, utilizando o mesmo método de referenciação em vigor para as consultas de psiquiatria.

Aqui são proporcionadas oportunidades de treinar e potenciar competências no âmbito das relações interpessoais, conhecimento da doença relativamente aos sinais, sintomas e estratégias de coping, técnicas de procura de emprego e preparação para a sua integração ou reintegração no mercado de trabalho através de diversas atividades dentro dos módulos como: treino e gestão de atividades de vida diária, treino de competências pessoais e sociais, psicoeducação, treino para cidadania, novas tecnologias, treino vocacional, técnicas de procura de emprego, sessões de emprego. Sendo que o programa de reabilitação socioprofissional neste momento não se encontra em funcionamento por falta de técnicos.

A equipa multidisciplinar encontra-se dividida em ambas as áreas, área de dia e consulta externa. Existem elementos coordenadores em ambos os espaços físicos, embora a restante equipa não é fixa, vai-se adaptando entre as duas áreas e o serviço de internamento.

Para facilitar a minha integração na equipa ficou definido que passaria por todas as valências do serviço, nomeadamente pelo serviço de agudos, onde estive durante as primeiras três semanas. Não foi para mim uma experiência muito positiva como tive oportunidade de partilhar com a orientadora e professor, pois como vinha de uma realidade de internamento muito diferente e como já havia atingido essas competências, vinha com outra expectativa relativamente aos novos contextos e isso também realçou em mim a capacidade de adaptação a novas e inesperadas situações que foram ultrapassadas.

Na consulta externa foi criado um grupo de utentes com ansiedade presente em conjunto com a enfermeira orientadora e foi desenvolvido um plano de trabalho com os utentes, que será devidamente exposto mais á frente, no presente trabalho. A partilha da orientadora em consulta externa facilitou imenso o meu percurso, a capacidade em estabelecer relação com os utentes e chegar até aos mesmos, foi evoluindo e consegui executar todas as intervenções a que me propus com resultados positivos e outros menos positivos. Considero que são estes resultados que nos fazem desenvolver competências e crescer como profissionais e futuros especialistas.

Uma vez que o módulo III (hospital de dia), iria acontecer no mesmo espaço físico que o modulo I, a integração na equipa foi multidisciplinar foi relativamente fácil. A equipa da consulta externa e do hospital de dia é rotativa, com exceção dos elementos coordenadores.

Relativamente às rotinas dos utentes que frequentam esta unidade (USO), os utentes chegam a partir das 8horas da manhã, vindos do domicilio, unidade de vida autónoma ou instituição, para tomar o pequeno-almoço e a toma da medicação no refeitório. O momento de chegada ao serviço é fulcral para avaliar junto dos utentes algumas alterações que sintam, mostrar disponibilidade para que se sintam confortáveis para pedir auxílio no decorrer do dia. Seguido o pequeno-almoço os utentes dirigem-se aos ateliers até às 13h, com uma pausa a meio da manhã, das 10:30 às 11h.

Quando existem atividades com o grupo, estas, são programadas às 12h e têm a duração de 1 hora. Normalmente o grupo é dividido em dois, em A e B, com a exceção da projeção do filme e reuniões comunitárias que decorrem com o grupo conjunto.

Ambos os campos de estágio foi positivo, consegui atingir os objetivos a que me propus, em trabalhar individualmente com os utentes (na consulta externa) e por fim em grupo e individualmente (hospital de dia). Em hospital de dia o trabalho foi desenvolvido com os utentes da unidade socio ocupacional e isso limitou a minha intervenção, uma vez que os utentes estão ocupados e não era objetivo de retirar aquela ocupação em que se inserem, pelo contrário acrescentar algo que lhes seja vantajoso e foi isso que sucedeu.

Ainda assim, e, com alguns obstáculos durante o percurso inerentes à aprendizagem, ambos os locais de estágio são bastante ricos em termos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e permitiu consolidar as competências adquiridas em contexto de crise, promoção da saúde e reabilitação.

Segundo os graus de competência aplicados à enfermagem e na perspetiva de BENNER (2001) o enfermeiro especialista, considerado como *Perito*, tem uma enorme experiência e compreende de forma intuitiva cada situação, age a partir de uma compreensão profunda da situação global, considerando o conjunto da situação e tomando decisões holísticas. Ainda a mesma autora refere que são pessoas maleáveis que demonstram um elevado nível de adaptabilidade e competências. O desenvolvimento de competências requer uma aprendizagem experiencial em contextos particulares, promovendo a construção de bases sólidas, em que os enfermeiros peritos podem descrever situações clínicas nas quais a intervenção faz diferença e em que os cuidados se tornam visíveis, sendo com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis, aumentando a qualidade dos cuidados (BENNER, 2001).

O enfermeiro especialista tem assim um papel determinante no seio da sua equipa, devendo contribuir ativamente para a melhoria contínua dos cuidados prestados ao doente e à sua família, em especial em situações mais complexas. Assim, ao longo meu percurso estiveram sempre presentes as competências inerentes ao enfermeiro especialista que segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010, p.2) é o “*enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da 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*”. O conjunto de competências clínicas especializadas engloba quatro domínios que importa

citar, a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

Em saúde mental e psiquiatria o enfermeiro deve ter estes princípios presentes diariamente e como especialista seja um elemento dinamizador das boas práticas, que consiga com a sua autonomia desenvolver atividades psicoterapêuticas eficazes e que assuma a responsabilidade inerente à sua planificação e implementação, assim como os resultados e discussão dos mesmos.

3. ANSIEDADE PRESENTE

3.1 Intervenção especializada de enfermagem

Para um grupo de utentes com ansiedade presente pretendo avaliar o resultado das intervenções do enfermeiro especialista em utentes com alterações funcionais provocadas pelos sintomas da ansiedade. Como objetivo geral deste trabalho foi contribuir para o bem-estar de quatro utentes com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade presente em grau elevado”. Como objetivos específicos, foram planeadas intervenções de enfermagem que ajudem um grupo de utentes com diferentes diagnósticos médicos, a gerir a ansiedade presente, a avaliar quais os ganhos em saúde pelos utentes que foram expostos às intervenções de enfermagem especializadas.

A metodologia utilizada para trabalhar o grupo de utentes foi o estudo de caso que “*é uma investigação aprofundada de um individuo, de uma família, de um grupo ou de uma organização*” (FORTIN, 1999) e ainda (SILVA & BRANDÃO, 2012) que citam STAKE (1995) que afirma não se estudar o caso para compreender outros casos e (BRAVO & EISMAN, 1998) que reforçam que o estudo de caso tem o objetivo de compreender o caso e por isso a amostra é não probabilística e sempre intencional quando se baseia em critérios pragmáticos e teóricos em vez de critérios probabilísticos. Assim, e, no seguimento destas premissas foram selecionados quatro utentes com a colaboração da enfermeira orientadora. Assim, acompanhámos quatro utentes em consulta individual como enfermeira de referência e mobilizamos dinâmicas de grupo recorrendo a intervenções especializadas no âmbito da psicoeducação. Utilizamos o método expositivo para visualização de sinais e sintomas da ansiedade, técnica da respiração profunda e a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson.

O grupo foi questionado sobre o interesse em participar nestas sessões, foi-lhes explicado o objetivo das sessões numa 1ª entrevista em grupo e foram obtidos o consentimento e a participação de todos os participantes.

O grupo foi constituído por quatro utentes vindos da consulta externa, em que a ansiedade interfere nas atividades da vida diária dos utentes, e, este foi um dos critérios de inclusão para o grupo.

O diagnóstico médico difere de utente para utente, a perturbação da ansiedade é comum a todos. Todos os utentes são seguidos na consulta externa, no hospital de dia a frequentar a USO, possuem alterações funcionais provocadas pelos sintomas da ansiedade, todos são critérios de inclusão no referido grupo. Como critérios de exclusão são todos os utentes que não sejam seguidos pelo centro hospitalar.

Foram efetuadas as entrevistas iniciais, selecionados quatro utentes que cumprem os critérios de inclusão e um utente excluído por ser seguido numa instituição particular, apesar de ter todos os outros critérios anteriormente descritos. Este trabalho teve início no final do mês de setembro e decorreu até ao início do mês de novembro, com seguimento posterior em sessões de grupo, já em âmbito de hospital de dia. Cada sessão teve a duração de uma hora com cada utente.

Esta intervenção de enfermagem tem como objetivo principal desenvolver estratégias terapêuticas com o utente, de caráter individual, que lhe permita gerir e identificar a sua ansiedade e por sua vez o controle da mesma, recorrendo a técnicas de respiração e relaxamento. Pretende-se dar um contributo à prática de enfermagem com utentes que possuem alterações ao nível da ansiedade, independentemente do seu diagnóstico. Como unidades de contexto para uma avaliação posterior foram delineadas: A adesão à sessão, reconhecimento da importância do acompanhamento pelo utente, conseguir executar exercícios propostos nas sessões, reconhecer e avaliar melhorias na diminuição da ansiedade.

A todos os elementos foi elaborada uma entrevista inicial com a apresentação do tema, de modo a obter o consentimento e interesse em participarem neste grupo. Em todas as entrevistas foi elaborada uma avaliação do estado mental individual (APÊNDICE-V)³. A check list de interesses foi preenchida pelo utente com ou sem auxílio, com a intenção de conhecer melhor o utente e saber quais as áreas de maior ou menor interesse, com a intencionalidade de propor atividades em que o utente sentisse

³ APÊNDICE V- QUADRO COM A AVALIAÇÃO ESTADO MENTAL INICIAL DOS UTENTES

prazer e com isso uma diminuição da sua ansiedade (ANEXO I)⁴. O teste psiquiátrico breve (BPRS) com o intuito de perceber e quantificar a história psiquiátrica de cada utente em ausente, muito leve, leve, moderadamente, moderadamente grave, extremamente grave e grave, (ANEXO II)⁵.

Para uma leitura dos resultados de “caso de ansiedade” ou “não caso de ansiedade”, utilizou-se a escala dos autores HALLSTROM e MCCLURE (2000), (ANEXO III)⁶, com a finalidade de obter um resultado qualitativo.

Ainda, o nível de ansiedade de cada utente foi traduzido num valor quantitativo, com o auxílio da escala de Hamilton, avaliando o valor da ansiedade de cada utente, em diferentes momentos do programa (ANEXO IV),⁷. Esta escala avalia assim o “comportamento durante a entrevista”, e, foi elaborada por Max Hamilton nos anos 50 que foi validada e estandardizada e presentemente é a escala mais utilizada para avaliar os estados de ansiedade (TOWNSEND, 2009). A classificação das respostas traduz-se pelos graus: 0 (ausente), 1 (ligeira), 2 (moderada), 3 (grave) e 4 (muito grave). Ao valor da pontuação total corresponde uma classificação da ansiedade: inferior a 12 (normal), 12 a 18 (ligeira), 18 a 25 (moderada) e superior a 25 (grave), esta escala foi aplicada no início, sessão intermédia e no final das sessões.

Esta escala foi selecionada por ser um instrumento prático e permite ao enfermeiro perceber a eficácia das intervenções, atendendo aos níveis de ansiedade avaliados, é, por este motivo um modo de avaliar objetivamente os resultados (TOWNSEND, 2009).

INTERVENÇÕES

De seguida realizo uma exposição das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de ansiedade em grau elevado, realizadas durante as sessões com os utentes que foram previamente marcadas após a reunião inicial com todos os intervenientes. As sessões foram programadas para todos os utentes com um formato igual, embora adaptáveis a cada um, conforme o decurso das mesmas.

⁴ ANEXO I- CHECK LIST DE INTERESSES.

⁵ ANEXO II- TESTE PSIQUIÁTRICO BREVE (BPRS)

⁶ ANEXO III- ESCALA DE HALLSTROM e MCCLURE (RESULTADO DE CASO OU NÃO CASO DE ANSIEDADE)

⁷ ANEXO IV- ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON (CLASSIFICA A ANSIEDADE EM NORMAL, LIGEIRA, MODERADA E GRAVE).

Nº da sessão	Procedimentos	Técnicas utilizadas
Sessão 1	<p>Explicação das sessões e o seu objetivo;</p> <p>Realização da entrevista inicial e colheita de dados e avaliação do estado mental;</p> <p>Questionar quais os sintomas e o conhecimento que possui sobre a temática da ansiedade.</p> <p>Resumo da sessão e avaliação da sessão Preenchimento de uma escala de avaliação (NOC) e registo da atividade.</p> <p>Explicação sobre a próxima sessão e a respetiva marcação.</p>	<p>Questões abertas. e entrevista de ajuda com base no modelo de Chalifour, como técnica de presença e escuta ativa, com a identificação de problemas pessoais e familiares.</p> <p>Prestado apoio psicológico e suporte emocional.</p>
Sessão 2	<p>Resumo da sessão anterior,</p> <p>Entrevista e avaliação do estado mental;</p> <p>Preenchimento da checklist de interesse com os utentes;</p> <p>Apresentação de slides sobre o tema ansiedade, sinais e sintomas (psicoeducação) (APÊNDICE IV)⁸.</p> <p>Fornecida informação (biblioterapia) sobre a ansiedade.</p> <p>Resumo da sessão e realizada a avaliação da sessão no final da exposição e através do resultado NOC e registo da atividade.</p> <p>Explicação da próxima sessão e respetiva marcação.</p>	<p>Questões abertas. e entrevista de ajuda com base no modelo de Chalifour, como técnica de presença e escuta ativa.</p> <p>Prestado apoio psicológico e suporte emocional.</p> <p>Exposição em power point</p>

⁸ -APÊNDICE IV-POWER POINT: SINAIS, SINTOMAS DA ANSIEDADE (PSICOEDUCAÇÃO).

Sessão 3	<p>Resumo da sessão anterior; Entrevista e avaliação do estado mental; Apresentação de slides com a técnica de respiração profunda (APÊNDICE III)⁹, Seguida da demonstração e posterior execução prática pelos utentes; Resumo da sessão e seguida a avaliação com indicador NOC e registo da atividade. Explicação da próxima sessão e a sua marcação.</p>	<p>Método expositivo e demonstrativo para apresentação da técnica de respiração profunda . Entrevista de ajuda com base no modelo de Chalifour e técnica de presença e escuta ativa. Prestado apoio psicológico e suporte emocional.</p>
Sessão 4	<p>Resumo da sessão anterior; Entrevista e avaliação do estado mental; Repetição da técnica da respiração profunda; Apresentação da terapia pelo relaxamento progressivo de Jacobson e execução da técnica; Resumo da sessão e seguida a avaliação com resultado NOC e registo da atividade de relaxamento; Explicação da próxima sessão e a sua marcação.</p>	<p>Método expositivo e demonstrativo para a realização da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. Entrevista de ajuda com base no modelo de Chalifour e técnica de presença e escuta ativa. Prestado apoio psicológico e suporte emocional.</p>

⁹ APÊNDICE III- POWER POINT: TÉCNICA DA RESPIRAÇÃO

Sessão 5	Resumo da sessão anterior; Entrevista e avaliação do estado mental; Sessão de movimento e posterior execução da terapia de relaxamento progressivo de Jacobson Resumo da sessão e seguida a avaliação com resultado NOC e registo da atividade. Explicação da próxima sessão e a sua marcação.	Método demonstrativo. Entrevista de ajuda com base no modelo de Chalifour e técnica de presença e escuta ativa. Prestado apoio psicológico e suporte emocional.
Sessão 6 e seguintes caso exista disponibilidade	Resumo da sessão anterior; Entrevista e avaliação do estado mental; Sessão de movimento e posterior execução da terapia de relaxamento progressivo de Jacobson. Resumo da sessão e seguida a avaliação com resultado NOC e registo da atividade. Explicação da próxima sessão e a sua marcação.	Método demonstrativo. Entrevista de ajuda com base no modelo de Chalifour e técnica de presença e escuta ativa. Prestado apoio psicológico e suporte emocional.

De um modo geral as intervenções NIC de (DOCHTERMAN & BULECHEK, 2004) realizadas a este grupo de utentes podem ser expostas de acordo com o diagnóstico de ansiedade em grau elevado, pois ao mesmo tempo que se trabalhava este diagnóstico foram surgindo outras necessidades por parte do utente e do enfermeiro. As intervenções realizadas incidiram no suporte emocional, apoio ao cuidador, intervenção em crise, redução da ansiedade, ensino ao indivíduo, biblioterapia, presença, técnica para acalmar, musicoterapia, reestruturação cognitiva, relaxamento muscular progressivo, treino de memória, terapia familiar, orientação antecipada, promoção de envolvimento familiar, promoção do exercício, estimulação cognitiva, educação para a saúde e modificação de comportamento (APÊNDICE VI)¹⁰.

¹⁰ APÊNDICE VI- ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

RESULTADOS:

Na tabela abaixo verificou-se que todos são casos de ansiedade, quando aplicada a escala de HALLSTROM e MCCLURE, são obtidos os seguintes resultados:

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO- TABELA DE HALLSTROM e MCCLURE, 2000									
UTENTE	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	TOTAL	
C.	3	2	3	3	2	2	3	18	CASO
H.	2	2	2	1	1	1	2	11	CASO
V.	3	2	3	2	2	3	3	18	CASO
P.	2	2	2	1	1	2	1	11	CASO

Na tabela que se segue pode verificar-se a classificação da ansiedade segundo a escala de Hamilton na 1ª sessão:

UTENTE	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	TOTAL	
C.	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	37	GRAVE
H.	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	18	MODERADA
P.	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	19	MODERADA
V.	3	3	2	3	2	2	1	3	2	3	2	3	2	2	33	GRAVE

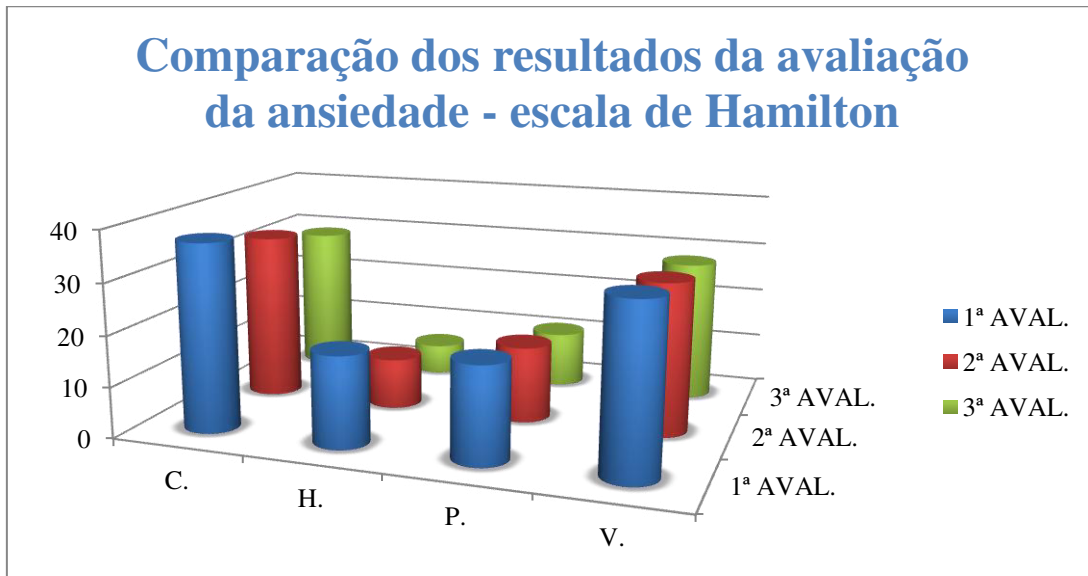
Seguidamente a tabela com os resultados da avaliação intermédia (ao nível da 3ª sessão).

UTENTE	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	TOTAL	
C.	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	33	GRAVE
H.	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	LIGEIRA
P.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	15	LIGEIRA
V.	2	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	3	2	2	30	GRAVE

Na 3ª tabela encontram-se os resultados da avaliação final, ou seja, correspondente à última sessão realizada na consulta externa:

UTENTE	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	TOTAL	
C.	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	29	GRAVE
H.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	6	NORMAL
P.	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	11	LIGEIRA
V.	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	28	GRAVE

Finalmente, o gráfico que faz a comparação da ansiedade segundo a mesma escala entre os 3 momentos de avaliação durante as sessões individualizadas.



Em suma, após estas semanas de intervenções de enfermagem individualizadas, a utente C. manteve ansiedade em estado grave, com caracter quer de ansiedade psíquica, quer de ansiedade somática, quando realizada a escala de Hamilton, embora se verifique uma melhoria no que diz respeito à procura dos profissionais quando se sente mais ansiosa, sabe identificar alguns sinais e sintomas da ansiedade e executa os exercícios respiratórios e relaxamento com eficácia.

No utente H. a ansiedade manifestada é relacionada com ansiedade psíquica, ao nível dos medos e humor ansioso, mas a melhoria foi muito relevante e gratificante, além de identificar sinais e sintomas da ansiedade, executa os exercícios sempre que tem necessidade sem ajuda e com eficácia. O utente teve alta após ter terminado a ultima sessão e regressou ao seu posto de trabalho. A utente P. teve melhorias ao nível da ansiedade com as sessões, mantém níveis de ansiedade ligeira com características de ansiedade psíquica, quer ao nível do humor ansioso, tensões, medos, humor depressivo que associa aos problemas familiares (sic). O utente V. mantém ansiedade com características de ansiedade psíquica e somática, mantém níveis de ansiedade grave, no entanto verifica-se mais próximo dos profissionais e solicita ajuda quando se sente mais ansioso e executa as técnicas respiratória e relaxamento eficazmente, os problemas com o pai continuam a ser o seu maior problema a nível e ansiedade (sic) e a própria patologia não é um fator que ajude no processo de gestão da ansiedade.

Para complementar a avaliação dos utentes foi utilizado o resultado NOC (ANEXO V),¹¹ para o autocontrolo: ansiedade no final das entrevistas e como resultado foi apurado o seguinte: a utente C. demonstra raramente **capacidade para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão resultantes das fontes indicadas na tabela**. O utente H. demonstra frequentemente, a utente P. demonstra algumas vezes e por fim o utente V. demonstra raramente. Estes resultados reforçam os valores obtidos pela tabela de Hamilton na avaliação final, após terem sido cumpridas todas as intervenções de enfermagem.

Com os resultados obtidos é demonstrada a eficácia das intervenções especializadas ao nível da identificação dos sinais e sintomas da ansiedade pelos utentes. São relevados ganhos no bem-estar do utente com o reconhecimento pela importância das sessões e ainda à relação da díade utente-enfermeiro. Um dos maiores ganhos para os utentes foi o facto de conseguirem procurar ajuda, quando apresentam sinais ou sintomas de ansiedade, para que caso, não tenham capacidade por si, possam ser auxiliados pela equipa multidisciplinar.

A nível pessoal, a programação das sessões individuais, inicialmente foi constrangedor para mim, foi a primeira vez que me propus a trabalhar individualmente um tema com vários utentes, com diferentes diagnósticos médicos, com igual diagnóstico de enfermagem que é a problemática da ansiedade.

A pesquisa para trabalhar o tema não foi difícil, mas sim a melhor forma de comunicar com todos os utentes foi minha maior dificuldade. A estratégia de defesa que utilizei, foi de preparar power points com as temáticas para expor aos utentes, ao mesmo tempo que lhes explicava por palavras simples e claras o que lhes queria transmitir. No final considerámos que foi uma estratégia bem utilizada pois, além do conteúdo dos slides, foi importante a concentração de cada utente ao visionar as imagens de acordo com o conteúdo exposto.

Outra situação que foi alterada no decurso das sessões, foi a presença da esposa do utente H. que veio manifestar o seu interesse em assistir às sessões com o marido, pois também sofre imenso com a ansiedade. Após ter consultado a orientadora e o

¹¹ ANEXO V- INDICADOR NOC (PARA AVALIAR INDIVIDUALMENTE CADA SESSÃO).

utente, ambos concordaram com a sua presença, e esta alteração, ou seja a capacidade de trabalhar com a imprevisibilidade também foi treinada neste momento. A necessidade de quantificar os resultados, de obter dados concretos das minhas intervenções surgiu por necessidade pessoal, de insegurança, e considero que foi muito positivo essa preocupação, pois permitiu-me ter conhecimento dos vários instrumentos existentes e percebo, passados esses meses que quanto mais fazemos mais nos desprendemos dos papeis e escalas, entre outros meios de avaliação, pois a nossa sensibilidade também vai aumentando, assim como a capacidade de avaliar. Neste sentido foi importante ter existido este progresso na minha aprendizagem.

A nível de intervenção grupal, surgem sessões em contexto de hospital de dia, ou seja no último módulo de estágio, onde integrei as atividades existentes e programei outras de acordo com a disponibilidade do grupo. O grupo de utentes que integra o hospital de dia são os utentes da USO e, não se pretende com a minha intervenção que se retire essa ocupação, mas sim, que lhes sejam acrescentadas outras atividades para complementar o seu tratamento.

O grupo de utentes é heterogéneo., à data constituído por 25 utentes, sendo que cada grupo pode concentrar um total limite de 15 utentes, entre os grupos A e B. Parte destes, encontram-se em programa de reabilitação, dentro da unidade socio ocupacional, outros são utentes que fazem parte das unidades de vida autónoma e que vão ocupar-se nos diversos ateliers independentemente da sua condição. As atividades em grupo foram planeadas com a equipa de modo a envolver todos que integram a unidade de hospital de dia.

As atividades planeadas foram as seguintes: sessão de movimento e relaxamento progressivo, sessão de cinema com a temática do filme selecionada pelos utentes, estimulação cognitiva através do cubo de três faces onde são estimuladas o desenho, chuva de palavras e mimica, culinária, festividades de são martinho, jornal de parede sobre o Natal e todas as semanas foram realizadas as reuniões comunitárias que tinham lugar à sexta-feira após o almoço

Verificou-se a dificuldade em avaliar individualmente a sessão e também não era esse o objetivo, uma vez que já havia trabalhado individualmente com alguns utentes e aqui pretendia-se desenvolver uma capacidade avaliativa mais abrangente, gestão de conflitos e relações interpessoais no grupo. Uma das estratégias que me guiou na

avaliação das sessões foi a elaboração de uma tabela com seis parâmetros de avaliação com a cotação de 1 a 5 em que 1- nunca, 2- pouca, 3- moderada, 4- substancial, 5- consistentemente. No final da mesma existe espaço próprio para as observações e resumo da atividade.

. Nas atividades que moderei, foram concretizadas com sucesso, do início ao fim. Algumas das sessões, com intercorrências normais para um grupo tão vasto e destas dimensões. A sessão de culinária marcada por um conflito entre dois utentes que foi resolvido pelo próprio, que se ausentou da atividade para o exterior e pode contar com o apoio do colega na resolução da situação.

Na visualização do filme, uma utente que havia integrado o grupo há pouco tempo, com inquietação motora e instabilidade visíveis, também se ausentou por referir não conseguir manter-se sossegada para ver o filme e foi cedido, após duas tentativas. O grupo estava a ser prejudicado e resolveu-se ceder à saída da utente. Importa referir que na sessão cinema o grupo está reunido na totalidade.

Na elaboração do jornal de parede sobre o natal, onde o objetivo foi trabalhar as emoções, houve duas situações nos diferentes grupos. A utente que se encontra afastada dos seus filhos e tem aversão ao natal, saiu do grupo e regressou a pedir desculpa por se ter ausentado e explicou ao grupo o que sente em relação ao natal. No outro o grupo um dos utentes referiu que desde que os seus pais se separaram o natal deixou de ter interesse (sic).

As sessões de movimento e relaxamento são as mais estáveis e aqueles que os utentes verbalizam que gostam mais (sic). São muito bem conseguidas, com efeito muito positivo, é necessário em todas as sessões em orientar, realizar algumas correções posturais, de um modo geral são sessões tranquilas.

Não foi uma experiência fácil, devido às dimensões do grupo, cada grupo era constituído até 15 utentes. É arriscado fazê-lo sozinho, sem apoio de outro profissional, devido à instabilidade da própria doença e outros fatores como a instabilidade do seio familiar, os efeitos da medicação, sempre que há um elemento novo no grupo e não o conhecemos muito bem. Caso não existam condições para realizar, esta não deve acontecer.

4. EM RESPOSTA A OUTROS DIAGNÓSTICOS: COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

4.1. Intervenção na crise

Este foi o meu primeiro contato com a prática dos cuidados na área da psiquiatria. A noção de crise pode ter varias interpretações e está relacionada com a vida de cada pessoa (CHALIFOUR, 2008, p. 183) e pode assumir carater de normalidade e ser dúbio na sua dualidade de significados “(...) *negativo onde a crise é percecionada como destruição patológica de um equilíbrio preexistente ou, perigoso desvio de um estado conhecido de normalidade; a outra positiva, onde a crise é percecionada como dor perante algo, por vezes a necessidade obscura de crescer, de tender para um maior equilíbrio*”, desenvolveram estudos de acordo com a ‘teoria da crise’, como pode ser definida como um período de desorganização de um sistema aberto. A crise é precipitada por uma ou mais circunstâncias que, às vezes, ultrapassam a capacidade do individuo ou do sistema de manter a sua homeostasia. Ela pode ser uma destabilização menos grave ou permanecer, prejudicando o estado de equilíbrio do homem em relação ao seu corpo e ao meio ambiente, (Sabrina Helena Ferigato, 2007) citam Caplan e os seus colaboradores que 1980

O atual PNS defende a desinstitucionalização dos utentes e a descentralização dos serviços, preconizando uma “*Intervenção em crise, próxima da comunidade e atempada, feita por equipas preparadas para o efeito, contemplando as urgências psiquiátricas dos hospitais e evitando os internamentos*”, legalmente sustentada pela atual Lei de saúde mental (Lei nº36/98), Bem como pelo Decreto-Lei nº 35/99 que a regulamenta e que define os princípios de organização dos serviços de saúde mental, a verdade é que os serviços não sofreram um processo de planeamento e implementação de reformas indispensáveis à concretização dos objetivos propostos e deparamo-nos com algumas dificuldades a nível dos recursos humanos.

Sendo esta realidade desconhecida para mim, uma das minhas preocupações iniciais e após ter realizado a integração na equipa, foi familiarização com a linguagem

CIPE adaptada ao contexto, nomeadamente as designações e intervenções mais utilizadas. Realizei leituras nos processos dos utentes já admitidos e realizei novas admissões, tendo em conta o EEM e o modelo de entrevista. Realizei um estudo de caso, onde utilizei mais uma vez a entrevista com o modelo de Betty Neuman sobre uma temática que queria aprofundar e que levava alguma experiência por trabalhar numa área, onde tenho contato com utentes com dependência de álcool. Neste estudo de caso tive ainda a oportunidade de trabalhar com os familiares do utente e programar a saída de ensaio (APENDICE VI¹²).

Como atividades terapêuticas delineei um plano com várias sessões a realizar no serviço, com áreas distintas, onde dei início às sessões de movimento e relaxamento (APENDICE VII)¹³, Sessão de identificação de objetos (APÊNDICE VIII¹⁴) e através da cor com o objetivo de conhecer os utentes e fazer com que trabalhassem a expressão de emoções num ambiente acolhedor e inserido numa atividade de grupo. Esta atividade surgiu em resposta a necessidades de uma utente que me havia sido distribuída.

Para dar início às sessões de relaxamento pude contar com o apoio de toda a equipa e realizar alguns turnos de tarde, para poder desenvolver a sessão antes do jantar e foi bastante positiva esta experiência. Houve duas situações em que a sessão foi interrompida, uma por um utente que após ter iniciado a sessão a atividade produtiva perturbou o grupo e teve que sair da sala devidamente acompanhado e a outra situação foi um dos utentes que na fase inicial do quebra-gelo realizado com breve aquecimento de exercícios, manteve um comportamento provocatório e foi pedido que saísse, pois não estava a deixar que o grupo estivesse concentrado. As sessões de um modo geral decorreram dentro do espectável, pois a equipa é muito experiente, mostraram-me como faziam e sempre com um espírito de partilha de conhecimento, acompanharam-me sempre na realização das mesmas, o que me ajudou imenso no meu crescimento, com a realização das atividades fui desprendendo o papel e fui conseguindo aproximar-se dos utentes, fazer as devidas correções posicionamentos, ajustes individualizados e ao mesmo tempo que dava as instruções.

Considero que foi um marco na minha aprendizagem, pelo conjunto todo, a minha orientadora que tem a capacidade de me provocar para a reflexão, a equipa que me mostrou o que melhor sabem fazer e com isso consegui definir um modelo próprio

¹² APENDICE VI- ESTUDO DE CASO

¹³ APENDICE VII- PLANO DE SESSÕES DE RELAXAMENTO

¹⁴ APÊNDICE VIII- SESSÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE OBJETOS E AVALIAÇÃO

de atuação, as chefias que me orientaram e mostraram o seu trabalho de gestão. A minha passagem pelo serviço de eletroconvulsoterapia foi também uma mais-valia, os profissionais são da equipa e pude perceber a articulação do serviço e entre hospitais, assim como as indicações para a realização do tratamento (APENDICE IX)¹⁵.

4.2.Promoção da saúde

Promoção da saúde define-se como sendo “*o conjunto de esforços realizados coletivamente e individualmente para que se concretize o potencial máximo de saúde a que podemos aspirar*” (LOUREIRO & MIRANDA, 2010, p. 14), é o culminar dos avanços da prática baseada na evidência ao nível da saúde. Para as mesmas autoras a promoção da saúde pode surgir como processo de consciencialização dos cidadãos para os seus direitos e deveres e simultaneamente criar recursos para orientar as suas vidas de modo ativo, satisfatório e produtivo. Só assim a nossa sociedade pode fazer evoluir o conceito de saúde mental, se tiver noção que o indivíduo com boa saúde mental segundo BAGAGEM (2010) citando o “*National Association for Mental Health*”, tem as seguintes características 1) sentem-se bem com elas próprias, 2) sentem-se bem quanto aos outros e 3) são capazes de atender às necessidades da vida.

Como forma de contribuir para a promoção da saúde, que conforme o regulamento da (ORDEM DOS ENFERMEIROS,2010, pag.5) é uma das competências do enfermeiro especialista em que “*coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção mental na comunidade e grupos* foi criado um documento para dar resposta a uma necessidade do serviço, na criação de uma consulta pós-alta e tem como objetivo a avaliação das altas precoces e prevenção de recaídas em utentes que se encontram sub agudos. Não foi ainda possível realizar a implementação desta consulta por falta de técnicos especializados, mas fica o meu contributo para a realização da mesma. A participação nesta consulta foi muito interessante para mim, pois fez-me rever alguns conceitos do modelo que selecionei, após ter validado coma enfermeira orientadora. Uma vez que esta consulta se enquadra num momento pós-internamento, é importante perceber junto do utente os fatores que interferem com o seu bem-estar e identificar os elementos stressores e trabalha-los

¹⁵ APENDICE IX- ELETROCONVULSOTERAPIA

futuramente. Na elaboração da consulta utilizei o modelo de Betty Neuman para guiar a consulta e os documentos foram realizados com base na sua teoria (APÊNDICE X)¹⁶.

Ainda no sentido de promover a saúde mental e no desenvolvimento da competência foram elaborados dois folhetos para o utente com os temas sono e importância de dormir e ainda o segundo sobre a ansiedade. O serviço de consulta externa tem alguma biblioterapia em formato de folheto, não tinha estes dois temas, como entendemos que eram temas que muitos dos utentes possuem falta de informação, foi pertinente a sua elaboração, (APÊNDICE XI)¹⁷ e (APÊNDICE)¹⁸. O folheto sobre a ansiedade surgiu no momento em que decidimos formar o grupo de utentes para trabalhar com eles a temática e assim o folheto serve como biblioterapia de suporte. Durante o acompanhamento dos utentes em consulta externa além dos folhetos foi visualizado com os mesmos os power points sobre as técnicas respiratórias e ansiedade, assim considero que na competência de que o enfermeiro especialista *“presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, ao longo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, pag.5), tive no contexto de consulta externa a oportunidade de desenvolver esta competência, uma vez que prestei cuidados ao utente e família nas sessões individualizadas para alívio da ansiedade e estratégias para lidar com a mesma. Durante esse acompanhamento fiz o levantamento de outros diagnósticos de enfermagem presentes e foram trabalhados com os utentes do grupo. Foi também atendido o pedido da esposa de um dos utentes que solicitou ajuda para controle da sua ansiedade. (APÊNDICE XIII)¹⁹.

Neste capítulo queria ainda mencionar a minha passagem pela sala de monitorização de utentes, em que o enfermeiro contacta os utentes que se encontram a faltar às administrações de injetáveis, para perceber o que se passa com os mesmos e poder agendar uma nova data. Todos os utentes que faltam aos tratamentos são contactados via telefónica, via email e correio. São contactados todos os centros de saúde

¹⁶ APÊNDICE X- CONSULTA PÓS-ALTA DE ENFERMAGEM.

¹⁷ APÊNDICE XI – FOLHETO DO SONO

¹⁸ APÊNDICE XII – FOLHETO DA ANSIEDADE

¹⁹ APÊNDICE XIII-OUTROS DIAGNÓSTICOS

que estão responsabilizados pela administração de fármacos e perceber se os utentes se encontram em tratamento ou não. Durante dois turnos estive com uma colega na sala de dêpot, onde além da administração do injetável, também é realizada uma entrevista breve, onde se avalia o estado mental do utente e junto do mesmo verificar se está a manter o tratamento, se é necessário antecipar a consulta, pedir a colaboração do médico para uma reavaliação, é também um momento de monitorização da segurança do utente, em contexto de administração de injetável.

Foi um momento muito rico dentro do estagio de consulta externa, visto que o trabalho que desenvolvi absorveu – me a maior parte do tempo com os utentes em gabinete e esta foi uma oportunidade que não quis perder. O facto de passar pelos gabinetes anteriormente referidos, permitiu saber o que la se faz e de conhecer os utentes da zona geográfica e iniciar algum contato com estes, uma vez que iria a desenvolver estágio com utentes inseridos na comunidade posteriormente.

4.3.Reabilitação

O atual Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 faz referência ao papel que o enfermeiro detém na reabilitação de pessoas com doença mental, é por isso necessária uma maior sensibilização, defendida pelo Plano. O estágio decorreu no hospital de dia, conforme foi referenciado anteriormente e o serviço de área de dia encontra-se encerrado por falta de técnicos. Os utentes que integram este serviço pertencem à unidade socio ocupacional, sendo que oito, pertencem à unidade de vida autónoma e frequentam a USO, para que não exista uma maior deterioração e não percam a sua funcionalidade, o restante grupo de utentes que frequentam a USO, a ocupação vai funcionar como meio para se reabilitarem e voltarem à sua atividade laboral. “*O processo de reabilitação e recuperação psicossocial tem como objetivo intrínseco ensinar, treinar os indivíduos incapacitados pela doença mental para o desempenho de habilidade física, emocionais e intelectuais necessárias à sua vida autónoma e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde*” (MELO-DIAS, ROSA, & PINTO, 2014, p. 15). Na USO encontram-se vários tipos de ocupação, com três áreas diferentes, o atelier de jardinagem, o atelier de artes plásticas e o atelier de carpintaria, todos com o objetivo de reabilitar socialmente o utente, de acordo com as suas capacidades.

A reabilitação social surge assim como “*um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, envolvendo tanto as competências individuais como a introdução de mudanças ambientais*” (O.M.S., 2002). Quando se aborda reabilitação é importante ter consciência de termos como *recovery*, *esperança*, *psicoeducação*. O “*recovery*” não se refere a serviços (entre os quais os que integram um projeto de reabilitação psicossocial), mas a uma experiência de vida que ganha um novo e valorizado sentido da própria pessoa e do seu propósito (DEEGAN, 1988) e a *esperança*, que para o mesmo autor, defende que para quem é portador de doença mental a *esperança* é caso de vida ou morte e não um eufemismo. Ambos os conceitos foram devidamente consultados através de artigos, para que pudesse perceber e identifica-los no contexto. Os utentes que integram a U.S.O., são grupo muito heterogéneo. No mesmo grupo encontram-se utentes que estão em reabilitação, os que frequentam a unidade e que pertencem às residências de vida autónoma e estão ocupados durante o dia com o objetivo de se manterem ativos. É importante que os diferentes elementos do grupo, se valorizem, valorizem o sentido do próprio à sua medida e mantenham alguma *esperança*.

Durante a passagem pelo hospital de dia, foi-me dada a possibilidade de poder acompanhar o grupo que tinha acompanhado na consulta externa, pois uma das condições inicial, era que fizesse parte do grupo de utentes da área de dia, da U.S.O., uma vez que já havia contato com este grupo de quatro utentes, o meu processo de integração com os restantes elementos foi facilitado. O facto de já me conhecerem do estágio anterior, foi solicitado para que me apresentassem ao grupo. Foi interessante esta participação por parte dos utentes, pois reconhecem-me como a enfermeira que nos “nos ensina muita coisa sobre a ansiedade” (sic).

As sessões que organizei e realizei com o apoio da enfermeira orientadora foram: a estimulação cognitiva através do cubo de três faces (APÊNDICE XV)²⁰, onde são estimuladas três atividades, o desenho, chuva de palavras e mimica, a sessão de

²⁰ APÊNDICE XV-SESSÃO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: CUBO DE 3 FACES

culinária (APÊNDICE XIV)²¹,festividades de são martinho, sessão de cinema (APÊNDICE XVI)²², jornal de parede sobre o Natal(APÊNDICE XVII)²³ e todas as semanas foram realizadas as reuniões comunitárias. Como resumo das atividades organizadas e avaliadas senti algumas dificuldades, pois o grupo é muito extenso e os profissionais são escassos. Em todas as atividades tive sempre o enfermeiro orientador a dar apoio às sessões e sempre que houve necessidade de algum utente se ausentar, ficava responsável pelo apoio. Em todas as atividades houve essa necessidade e as atividades decorreram todas até ao final por ter esse apoio, caso contrario a sessão era interrompida e dada por terminada. As festividades tanto do são martinho como do natal foram organizadas pelos próprios utentes, foram estimulados para tal e devidamente acompanhados pela equipa. Decidiram os jogos a realizar, assim como a ementa do almoço de natal. A primeira sessão que organizei foi a sessão de relaxamento com o guião do relaxamento progressivo de Jacobson, sem programar uma sessão de exercício mais elaborada (APÊNDICE XVIII)²⁴. Nas sessões seguintes alterei o esquema, com a introdução de uma sessão de exercício mais morosa. Após os utentes realizarem exercícios ao ar livre, ou durante mais tempo vai fazer com que o relaxamento seja mais eficaz, pelo menos, os utentes verbalizaram essa necessidade, de fazer um aquecimento mais longo e depois relaxarem. Sempre que o tempo permitiu, as sessões foram realizadas no exterior, para aproveitar o sol, seguindo depois para o salão do hospital de dia, já com devidamente preparada, decorria a segunda parte correspondente ao relaxamento.

Ainda nesta unidade de competência moderei duas reuniões comunitárias (APÊNDICE XIX).²⁵

. Organizei com um dos utentes pertencente ao grupo de trabalho da consulta externa, que teve alta e que regressou à sua vida laboral, para que fosse dar o seu testemunho e ele próprio fizesse a sua apreciação da importância da adesão terapêutica no processo de

²¹ APÊNDICE XIV- SESSÃO DE CULINÁRIA

²² APÊNDICE XVI- SESSÃO DE CINEMA: FILME DE PATCH ADAMS

²³ APÊNDICE XVII- JORNAL DE PAREDE SOBRE ÉPOCA NATALICIA

²⁴ APÊNDICE XVIII- SESSÃO DE MOVIMENTO E RELAXAMENTO DE JACOBSON

²⁵ APÊNDICE XIX- REUNIÃO COMUNITÁRIA

recuperação e como meio para manter a saúde mental, a adesão terapêutica é mais do que não tomar a medicação (CAMPOS & GALANTE, 2012, p. 24)” *não se circunscreve apenas a desvios no plano de tratamento, mas a comportamentos como faltar às consultas, esquecer-se de tomar a medicação prescrita, tomar medicação em excesso, ingeri-la fora do tempo certo, não conhecer o nome dos fármacos a tomar, terminar o tratamento antes do prazo recomendado (...)*”

Considerarei este momento de extrema importância para o grupo, por ser um utente que esteve na USO, e por isso foi colega dos presentes na reunião, por ter cumprido o plano terapêutico e ter regressado à sua vida laboral. O utente em causa inicialmente tinha problemas em aceitar a toma da medicação e perceber os benefícios da mesma e o seu testemunho teve descrições muito positivas como “de nunca desistirem do tratamento, acreditar na equipa que os acompanham e não ter medo dos comprimidos, pois são substâncias que o nosso organismo não produz e os comprimidos vão compensar essas carências, referiu ainda a vantagem de estar ocupado e a mudança que houve na sua vida pessoal e profissional” (sic)

Seguidamente são expostas as sessões realizadas em âmbito de grupo, durante o estágio em hospital de dia.

4.4 Desenvolvimento de competências

A competência profissional é um processo que se desenvolve ao longo da vida, em estreita relação entre saberes práticos e teóricos, adquiridos na *praxis* clínica e na aquisição de saberes significativos, sendo como que um saber agir responsável em determinadas situações (Le Boterf, 2003), citado por (Gil, 2014). Este processo promove a maturidade profissional, nas vertentes científica, técnica e relacional, para uma prestação de cuidados de elevada qualidade, permitindo-nos suportar a ação a partir da experiência e da compreensão das situações, tornando-nos *Peritos* (Benner, 2001).

Procuro sempre a excelência do exercício e as intervenções são realizadas “com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2003a, p.21), centrando a minha atuação na relação interpessoal.

O processo de tomada de decisão é um processo complexo e inerente à prática de cuidados de enfermagem, que requer experiência, conhecimentos teórico-práticos e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos que norteiam a profissão.

Considero ainda que, na equipa multidisciplinar onde estou inserida, sou um elemento de referência relativamente às situações de necessidade de comunicação, gestão de conflitos ou na gestão de situações de maior ansiedade e stress, sendo reconhecida a minha competência e solicitada para a resolução de problemas na minha área de competência.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, em que o primeiro domínio é referente ao autoconhecimento, em que **“detém um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê das vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”**, é composto por uma competência²⁶ (OE, 2010, p.4).

O autoconhecimento implica um olhar para dentro de cada pessoa, para o interior de cada um, foi para mim um processo difícil e é um caminho inacabado, considero que será para toda a vida. Considero que não foi fácil iniciar este processo e para que pudesse experimentar ou perceber o caminho para o começar a percorrer, tive a felicidade de contar com elementos que fizeram toda a diferença e que deixaram a sua marca no meu crescimento pessoal e profissional.

Ao longo do meu percurso profissional e mais recentemente o académico, tem sido possível refletir sobre a minha postura, identificando emoções, sentimentos, valores pessoais, inquietações, respostas comportamentais, durante a relação com esse e a realização de intervenções ao utente, através das reflexões semanais, realização de exercícios com o objetivo de me conhecer melhor, partilha com os orientadores nos diferentes contextos. Conjuntamente com os orientadores e tutor, em situações mais específicas e de alguma complexidade. Considero que este percurso académico foi extremamente rico em relação ao processo de tomada de consciência de mim e será um desafio constante e permanente enquanto pessoa e profissional de saúde.

Ao segundo domínio, em que o enfermeiro especialista **“assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade da saúde mental”** (OE, 2010, p. 4). Esta competência foi contida em todo o meu percurso prático, nos trabalhos realizados e no presente relatório.

²⁶ Competência FI.1 – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

Na minha caminhada, tentei sempre estabelecer relação terapêutica com os utentes e suas famílias respeitando a singularidade e autonomia individual, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de atender e de capacitação perante as suas necessidades. Assim, recorri à reflexão sobre as anteriores interações com os doentes e suas famílias, à integração de todo o conhecimento que detinha em várias vertentes, e às estratégias e competências de comunicação, de maneira a planear as intervenções tendo em conta as necessidades e as preferências individuais para que, de acordo com Benner (2001), os doentes e suas famílias se sentissem o alvo dos cuidados e que a relação terapêutica fosse reforçada.

Ainda há a referir a importância do envolvimento das equipas e orientadores de estágio, que foram sempre um apoio, para que a minha assistência à pessoa, fosse o melhor possível.

Ao terceiro domínio em que **“ ajuda a pessoa ao longo do ciclo vital de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias a cada contexto”** (OE, 2010, p. 4).

Durante o trajeto, em especial nos estágios, identifiquei as necessidades de intervenção especializada, de modo a planear, implementar e a avaliar os cuidados individualizados, de acordo com as necessidades, vontades, preferências de cada utente e sua família, na gestão da ansiedade e outros diagnósticos. Em toda a minha atuação procurei preservar a dignidade da pessoa com doença mental, promoção da sua autonomia e estabilização, com vista a uma melhoria na vida de cada utente e sua família.

Ainda nesta unidade de competência desenvolvi o projeto individualizado no contexto da consulta externa na pessoa com ansiedade presente, identifiquei as necessidades do grupo, planeei cuidados direcionados e especializados e realizei a avaliação das intervenções. Foi reconhecida a problemática da ansiedade, na área da enfermagem onde foram utilizadas ferramentas de diagnóstico para identificar o problema e definidos objetivos, no sentido de desenvolver estratégias que respondam às necessidades da equipa nesta área, como forma de garantir a qualidade dos cuidados e contribuir para o bem estar do utente e a sua família. Na presente unidade de competência e no seguimento do projeto realizado na consulta externa, aceitei o desafio e, conjuntamente com o Professor, elaborámos um poster de modo a participar no I

Encontro de Psiquiatria e Saúde Mental que aconteceu na Universidade e obtivemos o 2º prémio. Foi com bastante orgulho que participei nesta iniciativa e muito grata pelo convite efetuado por parte do Professor.

Por último, o quarto domínio **“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 e comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”**.

Considero que as competências relativas a este domínio foram desenvolvidas, pois consegui desenvolver em cada local de estágio cuidados adaptados a cada área onde me inseri. Foram identificadas oportunidades e estratégias de melhoria bem como estabelecidas prioridades para o desenvolvimento das diversas dinâmicas, quer a nível individual, familiar, intervenção grupal e ainda, comunitário.

O reconhecimento e validação pela equipa e pelo utente é fundamental e gratificante, por valorar o meu trabalho e como reconhecimento das minhas competências e acima de tudo para uma melhoria no estado de saúde da pessoa com doença mental.

Tenho como objetivo enquanto enfermeira especialista e Mestre em Enfermagem promover a excelência dos cuidados, através da capacidade crítica dos pares, atuando ao nível de *Perita* em diferentes campos de intervenção, mesmo não exercendo funções num serviço da minha área de especialização. Foi um desafio constante, riquíssimo e vivenciado com grande intensidade, completando-me como ser humano, como pessoa e como profissional, mantendo em mim uma grande satisfação por ter chegado até ao fim.

5. DESENVOLVIMENTO PESSOAL

5.1 AUTOCONHECIMENTO

Este objetivo encontra-se inserido no desenvolvimento profissional e ético-legal. A obtenção deste objetivo é inerente a qualquer processo de formação pois segundo LESNE citado por Carvalho & Carvalho (2006, p. 35), “*a formação corresponde às aspirações de uma maneira de ser, de agir e de sentir e o processo de formação é a estrutura tipo de toda a atividade em formação*”, sendo um processo dinâmico de mudança de comportamentos e de transformação ativa do sujeito, através da utilização de recursos anteriormente e recentemente apreendidos, devendo ser assumido como um investimento de futuro, no quadro de uma cultura e estratégia de formação ao longo da vida, permitindo o estabelecimento de compromissos em torno de um projeto individualizado de formação com objetivo de aumentar a qualidade do produto da sua atividade repercutindo-se na sua auto-realização. Tal é corroborado por (Mão-de-Ferro, 1999, p. 16) referindo que formação é:

“(...) um conjunto de atividades que são organizadas e desenvolvidas com o objetivo de habilitar as pessoas no desempenho de determinadas funções, ou seja, proporcionar aos indivíduos, em situação de formação, oportunidades e meios para que adquiram: Conhecimentos (o Saber-Saber); Capacidades práticas (o Saber-Fazer); Atitudes e comportamentos (Saber-Ser); Conhecimentos, capacidades e atitudes (o Saber-Evoluir)”.

Assim, reportando para a saúde, a OMS (1981) divulgou que “*formação tem a intenção de melhoria da competência do profissional no exercício da sua profissão*”, sendo posteriormente reforçado por (ABREU, 2003), “*caracteriza-se pela integração dos conhecimentos (...) com a implicação do indivíduo no seu todo. A estrutura e os conteúdos das situações de formação visam a produção simultânea de saberes, de competências e identidades profissionais (...)*”. Neste sentido, a formação de adultos é considerada como um meio de capacitar o indivíduo para a autoaprendizagem,

fomentando a capacidade de reflexão acerca do seu papel como formando, conseguindo adaptar-se ao seu meio.

Para dar resposta a um capítulo da competência do enfermeiro especialista durante a minha aprendizagem fui utilizando estratégias para promover e desenvolver o meu autoconhecimento, uma vez que foi um dos objetivos que delineei desde o primeiro estágio, como sendo uma necessidade que senti desde cedo e para tal executei alguns exercícios: elaboração de exercícios do livro “Conhecer-se melhor para melhor cuidar” de (Rispaill, 2003), realização da janela de Johari no início e no final, no início quando conheci este instrumento a maior janela era aquela que mostra o que conheço de mim mesma e aquilo que desconhecem de mim, a maior alteração foi ao nível do que sabemos a nosso respeito e essa sim melhorou, aumentou ligeiramente de tamanho, não encaro isso como falta de trabalho da minha parte, considero que é um objetivo complexo e moroso, encaro positivamente, como um trabalho para continuar na minha vida pessoal e profissional, portanto é uma competência que talvez nem saiba se vou conseguir completar. O simples facto de pensarmos que estamos a olhar para dentro de nós, não é fácil e mais ainda estar disposta ao faze-lo ainda mais difícil se torna, deve ser um processo a decorrer com tempo e nem sempre a nossa saúde mental nos permite exercitar e desconstruir este trabalho tão complexo. Tive ainda o privilégio de no meu primeiro estágio ter sido orientada por uma pessoa muito experiente e que por diversas vezes me deixou a refletir sobre utentes, emoções, atitudes, comportamentos quer dos utentes quer da minha parte e isso foi uma grande ajuda neste processo que ainda vou continuar a desenvolver no futuro. (ANEXO VI)²⁷. Durante este tempo realizei ainda um portfólio e reflexões semanais que permitiram expressar sentimentos, atitudes, emoções, partilhas e com isso desenvolver o meu autoconhecimento.

O manual de Rispaill permitiu a realização de alguns exercícios para me ajudar a conhecer melhor. Uma área que refleti durante este percurso é a saber se possui a capacidade de perceção das minhas emoções em relação ao envolvimento de situações negativas ou mais sensíveis por parte dos utentes, capacidade de agir emocionalmente. Perante as situações que contatei durante estes últimos contextos, são utentes que já estão na unidade socio ocupacional há anos e as suas histórias são pesadas em termos emocionais e considero que consegui ultrapassar este receio que tinha inicialmente.

²⁷ ANEXO VI- Janela de Johari

Com a leitura do manual de AGOSTINHO (2010) que relata a inteligência emocional vivida pelos enfermeiros, consegui perceber que as competências que expõe ao nível das emoções, aquela que ainda sinto necessidade de trabalhar é auto motivação, que consiste em controlar produtivamente as emoções em próprio proveito, sendo que me tenho esforçado neste sentido. A empatia que este autor defende como a quarta competência dentro das emoções, isso considero conseguir fazer, capacidade de perceber as emoções.

A necessidade de saber mais sobre a temática da ansiedade, estratégias de relaxamento, de concentração, foi uma necessidade ou mesmo uma curiosidade pessoal, com a intensão de saber se na prática resultava ou não. O interessante é que sempre que organizo uma sessão de relaxamento e assumo o papel de terapeuta, sinto uma paz e tranquilidade enormes, é como se aquela intervenção fosse dirigida para mim. É um sentimento muito positivo e sinto-me muito feliz, pela manifestação de bem-estar que os utentes transmitem quando terminam as sessões.

A capacidade de adaptação aos vários contextos de estágio, foi algo que foi sendo desenvolvido. A realidade dos contextos e a desmotivação geral da profissão faz com que estes não correspondam às expetativas iniciais que tinha e isso também me ajuda a desenvolver estratégias de defesa e adaptação e conseqüentemente o desenvolvimento pessoal.

Ainda no manual supracitado percebi a importância do sorriso que é uma característica que me identifica muito bem e uma manifestação do meu estado, ou seja que não consigo evitar se estou triste o meu sorriso demonstra, se estou feliz o meu sorriso transparece. O livro de RISPAIL (2003) faz referência em como o sorriso é uma ligação que predispõe a confiança ou a desconfiança, é contagioso, transmissível e pode ser visto como reflexo de autenticidade.

Um dos temas que procurei mais informação o capítulo do livro referido anteriormente que diz respeito à negociação. Apesar de já exercer há algum tempo a profissão o contexto da psiquiatria é novo, neste sentido, realizei exercícios sobre o tema para ter consciência que nestes anos consegui desenvolver aptidões para negociar, segundo os exercícios que realizei, que esta posição se deve à educação, experiência profissional e à minha personalidade eventualmente.

Para que esta competência se desenvolva no seu todo é fundamental o desenvolvimento da área comunicacional, para se dar a conhecer e para conhecer a equipa, os utentes e todos com quem se relaciona, como (PHANEUF, 2005, p. 165) afirma “*sem confiança, não há abertura, sem abertura, não há comunicação*”. Na área da comunicação realizei também uma breve pesquisa, que inclui as barreiras à comunicação, tipos de comunicação, comunicação com a equipa (APENDICE XIX)²⁸.

As orientações tutoriais tiveram muita influência no meu crescimento pessoal, pois são momentos de partilha de experiências pessoais e profissionais muito ricas. É aquele momento que podemos partilhar as nossas mágoas, alegrias, opiniões, conselhos perante situações específicas, mas sobretudo a partilha existente entre tutores e alunos, que me trazia sempre algum conforto o dia da orientação tutorial. Saber que há um dia de partilha, transmitiu-me sempre uma satisfação enorme e muito conforto.

Além das orientações tutoriais, a presença no congresso de enfermagem Horatio 2015, foi importante pois pude conhecer mais sobre as atualizações da área e o privilégio de ouvir oradores convidados de grande relevo nas temáticas das sessões plenárias, que em muito contribuíram para a elevada qualidade científica do evento.

Relativamente ao que podia ter sido diferente é a disponibilidade que é diminuída e isso diminuiu a minha prestação enquanto aluna.

Daqui em diante a minha prestação será certamente diferente após esta formação, porque me conheço melhor como pessoa e com certeza estarei mais atenta ao processo de conhecimento pessoal que continuará sempre a ser desenvolvido. Acredito em cuidados cada vez melhores e por isso manifestei interesse por uma área diferente daquela que diariamente contato. Sou enfermeira da área da médico-cirúrgica e procurei conhecimentos numa área que olhasse para lá da técnica e procurasse entender a pessoa que tenho em frente. Para lá de qualquer técnica que se faça, existe a pessoa por detrás dessa técnica, que por sua vez tem outros problemas que não se resolvem pela execução dessa mesma técnica. Consegui perceber, a importância da pessoa e de cada pessoa e acima de tudo a sua saúde mental e assim me propus a contribuir para a saúde mental de todos aqueles que necessitem da minha ajuda.

²⁸ APENDICE XIX – A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

6. CONCLUSÃO

A realização deste relatório foi importante, foi o momento de reflexão pessoal sobre o trabalho que realizei durante estes meses de contato com as diferentes realidades, onde pude construir a minha própria identidade como futura enfermeira especialista, com o apoio de quem esteve ao meu lado neste percurso e partilhou comigo o seu conhecimento. Senti alguma dificuldade inicial na elaboração do relatório, pela dificuldade em resumir todo o trabalho desenvolvido e todas as temáticas que foram abordadas direta e indiretamente.

O utente adulto em crise foi sem dúvida um marco na minha aprendizagem e este estágio foi sem dúvida muito importante, deu-me uma visão abrangente da área da psiquiatria e a todos agradeço o esforço para me transmitirem tanto conhecimento.

A ansiedade foi uma área trabalhada durante todo o trajeto e pude constatar que o enfermeiro é dotado de competências e deve ter uma participação ativa na assistência ao utente com alterações da funcionalidade devido à ansiedade, no sentido de identificar, planejar, implementar e avaliar os resultados e assim contribuir para uma diminuição dos sintomas. Tive a oportunidade de trabalhar esta área em contexto de consulta externa, com o grupo de utentes com alterações funcionais ao nível da ansiedade.

Além da temática da ansiedade presente como diagnóstico principal nesta caminhada, outros diagnósticos foram identificados e trabalhados com o utente, com intervenções individualizadas e em grupo, nomeadamente quando trabalhei com o grupo de utentes, em que desenvolvi competências ao trabalhar com o grupo do hospital de dia

Foi e é gratificante sentir que o investimento dos conhecimentos teóricos num grupo de utentes com ansiedade presente, influenciou o estado de saúde desse mesmo grupo, com ganhos em saúde para os mesmos. Os ganhos não foram iguais para todos os elementos do grupo, pois são pessoas diferentes, metade do grupo foi notável a sua melhoria e um caso foi conseguida a reabilitação com regresso na vida laboral e

os outros dois elementos mantiveram o seu estado de saúde, com algumas melhorias o nível da identificação de sintomas e na procura de auxílio. Por tudo, sinto uma grande satisfação e orgulho por ter investido numa área tao interessante e inesgotável de conhecimento e aprendizagem.

O facto de não trabalhar em psiquiatria foi um desafio desde o início deste percurso e com o decorrer do tempo fui aprendendo a gostar de trabalhar esta área de intervenção, os utentes e principalmente estes últimos, que são o meu foco principal.

Sendo enfermeira numa área longínqua da psiquiatria, em teoria, onde dedicamos pouco tempo à pessoa, onde impera a pressa e a correria, tenho que lhes agradecer por me darem uma grande lição de vida ao me mostrarem a importância da pessoa ao invés de qualquer rótulo, preconceito ou medo e a estar mais desperta e sensível às alterações de quem passa diariamente por nós, profissionais!

Ainda durante este caminho procurei apropriar-me dos conhecimentos adquiridos ao longo da minha vida profissional, em contexto académico e na mais recente evidência científica disponível. Para além da prestação de cuidados, estive sempre presente a prática reflexiva em que se realizou o registo escrito de reflexões e análises críticas de situações particulares de cuidados.

Esta reflexão não seria possível sem a presença dos orientadores pedagógicos que partilham as suas experiências de vida, profissionais e estimulam a reflexão com as diferentes situações que me confrontei durante os diferentes módulos de estágio. Sem dúvida que levo um balanço positivo em relação aos conhecimentos partilhados e às relações estabelecidas nos diferentes contextos e farão de mim uma profissional diferente, à qual ajudaram a criar a sua própria identidade. Considero ainda que vou contribuir como agente de mudança na prática onde exerço funções, mesmo não sendo um serviço de psiquiatria, e, todo o meu empenho em desenvolver e consolidar este marco formativo resultará na melhoria da qualidade dos cuidados prestados no meu contexto de trabalho.

A formação consiste num processo contíguo e os estágios são momentos em que é consolidada a teoria e a prática. Com a elaboração deste relatório, efetuei uma análise sobre todo o meu trabalho, de todas as experiências e situações de cuidados vivenciadas, ajudaram-me a crescer enquanto pessoa e profissional e a refletir continuamente sobre a

necessidade de formação contínua de modo a melhorar o meu desempenho e proporcionar melhores cuidados de enfermagem. Este relatório é também impulsionador de uma reflexão e tomada de consciência mais aprofundada do meu percurso e desenvolvimento de competências, enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista.

O meu campo de atuação foi bastante vasto, adaptado às diferentes realidades, nas áreas da prevenção, promoção, transição e manutenção. A minha capacidade de adaptação foi melhorando com o passar do tempo e a confiança aumentou, logo a minha prestação foi crescente no que concerne às intervenções ao utente, nas minhas competências científicas, técnicas e relacionais.

Fui ao encontro das expectativas por mim delineadas, pelos utentes e familiares com quem estabeleci relação terapêutica e profissionais, com algumas dificuldades em gerir o tempo familiar e de estudante, mas com a colaboração e compreensão de todos, foi conseguido o objetivo principal, a aprendizagem com tradução em competências, com valoração pessoal e mais capaz de obter melhores cuidados em saúde.

Ainda, durante o desenvolvimento das minhas intervenções, mantive uma postura profissional inerente ao aluno, com humildade e abertura a novos desafios, estratégias, críticas e sugestões.

Futuramente, pretendo como enfermeira especialista continuar a ser impulsionadora de uma prática especializada de excelência na equipa de enfermagem, promovendo a capacidade crítica e reflexiva dos pares. Pretendo ser um elemento de referência, tanto para a equipa de enfermagem como multidisciplinar, contribuindo para a saúde mental de todos.

Desde os utentes aos profissionais com as diferentes funções, conheci pessoas maravilhosas, que marcaram e fizeram toda a diferença no meu desenvolvimento pessoal.

Com a defesa do presente relatório pretendo uma apresentação do trabalho realizado e promover a discussão pública em enfermagem.

7.BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. C. (2003). “Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos. Que parcerias para a excelência em saúde?”. *Cadernos Sinais Vitais*, nº1, 60.

AGOSTINHO, L. M. (2010). *Competência emocional em enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU- Formação e saúde, Lda.

ALMEIDA, L. (s.d.). *Relatório de Mestrado para obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica*.

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8872/1/RELATÓRIO%20FINAL.pdf>, consultado em 15 de Novembro de 2015.

ALMEIDA, L. (2011). *Relatório de Mestrado para obtenção do Grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002) – DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª edição. Lisboa: Climepsi

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014). DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

ARAÚJO, Á. C., & NETO, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.

ARRANJA, A. C. G. (2014). *Relatório de Mestrado para obtenção do Grau de Especialista em Enfermagem de Médico- Cirúrgica*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

BAGAGEM, M. d. (2010). *A família e a saúde mental*. Loures: Lusocência- Edições técnicas e científicas, Lda .

BATEMAN, A., BROWN, D., & PEDDER, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.

BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

BERNHARDSDOTTIR, J., CHAMPION, J., & SKÄRSÄTER, I. (2013). The experience of participation in a brief cognitive behavioural group therapy for psychologically distressed female university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 679-686.

BORGES, E., & FERREIRA, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* , 37-39.

BRAVO, C.; EISMAN, B. (1998) – Investigación Educativa. 3ª Ed. Sevilha: Ediciones Alfar, 1998.

CAMPOS, C., & GALANTE, J. (2012). Educação Terapêutica numa Perspectiva Comunitária em Saúde Mental. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE- PsiLogoS* , 10, 24

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Prática e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.

CARVALHO, J. C. (Dezembro de 2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* , 52-54.

CHALIFOUR, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica- Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. Volume 1). Loures: Lusodidacta.

COLLIÈRE, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

CORDIOLI, A. V. et al; *Psicoterapias. Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008

DEEGAN, P. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* , 11-19.

DOCHTERMAN, J. M., & BULECHEK, G. M. (2004). *Classificação das intervenções de Enfermagem(NIC)*. São Paulo: artmed.

ENFERMEIROS, O. D. (Dezembro de 2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem-enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ENFERMEIROS, O. D. (20 de Novembro de 2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. 2-5. Lisboa.

FAWCETT, J., WATSON, J., NEWMAN, B., HINTON, H., & FITZPATRICK, J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Clinical Scholarship* , 115,116.

FIGUEIRA, M. L., SAMPAIO, D., & AFONSO, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.

FORTIN, M.-F. (1999). *O processo de investigação-da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

GUIMÓN, J. (2002). *Introdução às terapias de grupo*. Lisboa: Climepsi Editores.

HALLSTROM, Cosmo; MCCLURE, Nicola – *Ansiedade e Depressão: perguntas e respostas*. 1ª Edição. Climepsi: Lisboa, 2000. ISBN: 972-8449-69-

IDANEZ, M. J. (2004). *Como Animar um Grupo: Princípios Básicos e Técnicas*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

JONES, E., HERRICK, C., & YORK, R. (2004). 753-757. Obtido em 20 de Maio de 2014, de An Intergenerational Group Benefits Both Emotionally Disturbed Youth and Older Adults. *Mental Health Nursing*.: Disponível em WWW: <URL. <http://www.ingentaconne>

KNAPP, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. São Paulo: artmed Editora.

LOUREIRO, I., & MIRANDA, N. (2010). *Promover a saúde- dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

MÃO-DE-FERRO, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Colibri.

MARTINS, JOSÉ CARLOS – *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre dimensão ética*. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol. 12, Nº2, (2008) 62-66.

MELO-DIAS, C., ROSA, A., & PINTO, A. (Junho de 2014). ATIVIDADES DE OCUPAÇÃO TERAPÊUTICA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESTRUTURADAS EM REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Menta* , 15.

O.M.S. (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

PAYNE, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento- um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.

Peveler, R. C. & Johnston, D. W. (1986). Subjective and cognitive effects of relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 24,413-419.

PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

RISPAIL, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar- uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, Lda.

ROSA, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros: Os Enfermeiros como beneficiários de cuidados*. Instituto Politécnico de Setúbal, Lisboa. Relatório não publicado.

ROSA, P. J. (Julho de 2014). Enfermeiro: Terapia de relaxamento. *Enfermagem e o cidadão* .

SABRINA Helena Ferigato, R. T. (2007). O atendimento à crise em saúde mental:ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP* , 31.

SADOCK, B., & SADOCK, V. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

SAMPAIO, F., SEQUEIRA, C., & CANUT-LLUCH, T. (Abril de 2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* , 103-105.

SARAIVA, C. B., & CEREJEIRA, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, lda.

SILVA, C. d., & BRANDÃO, M. (2012). IMPACTO DA GESTÃO DA ANSIEDADE EM PESSOAS INTERNADAS. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7 (JUN.,2012) | 61 , 61-69.

SPIELBERGER, C. D. (1972). *Anxiety as an emotional state*. Nova Iorque.

TOWNSEND, M. C. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e psiquiátrica-Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.

TYRER, H., TYRER, P., LISSEMAN-STONES, I., MCALLISTER, S., COOPER, S., SALKOVSKIS, P., et al. (Novembro de 2014). Therapist differences in a randomised trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients. *International Journal of Nursing Studies* , 686-694.

WATSON, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Cuidar*. Loures: Lusociência.

7.1. LEGISLAÇÃO:

Artigo 90.º do código Deontológico: Dos deveres para com a profissão

DECRETO-LEI nº161/96. D. R. I Série. N.º 205 (96-09-04).

DIÁRIO DA REPUBLICA, 2.^a serie nº35 129/2011 de 18 de Fevereiro de 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genève: OMS, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código deontológico dos Enfermeiros*. Artigo 80. 2003

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Nº 10. Lisboa. Outubro, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Do caminho Percorrido e das Propostas*. 2003

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento para o Exercício para a Profissão de Enfermagem (REPE)*.1998. Disponível no endereço eletrónico: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168> (data de consulta: 15/12/15).

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. *Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de natureza Profissional*. Lisboa 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE I-

**ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E TEÓRICO DE BETTY NEUMAN E O
MODELO DA TEORIA DOS SISTEMAS**

Enquadramento Histórico e Teórico de Betty Neuman e do Modelo da Teoria dos Sistemas.

A teórica Betty Neuman nasceu nos Estados Unidos da América em 1924, formou-se em Enfermagem em 1947 pela *School of Nursing* no Ohio. Mais tarde, em 1966, complementou a sua formação com o grau de Mestre em Saúde Mental e Consultoria em Saúde Pública, tornando-se uma das primeiras Enfermeiras a estudar a importância da Saúde Mental na comunidade. Obteve igualmente o grau de Doutora em psicologia clínica.

Ao longo da sua formação académica e profissional Betty Neuman desenvolveu o modelo de Enfermagem em que aborda “a pessoa total”, tendo a sua estrutura assente na capacidade de adaptação dos diversos sistemas. (BAZZO & MACIEL, 2007).

O modelo da Teoria dos Sistemas teve a sua origem ainda quando Neuman lecionava Enfermagem em saúde comunitária na Universidade da Califórnia. Tendo, inicialmente sido criado com o intuito de exemplificar os problemas vividos na Enfermagem aos estudantes em formação.

Influenciada por teóricas como Caplan e Von Bertalanffy, Neuman publicou pela primeira vez o seu modelo na *Nursing Research* em 1974. Sendo a publicação mais atual do ano de 1989 no *The Neuman Systems Model*.

A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman é baseada no modelo de sistemas aberto, em que “(...) o homem e o seu ambiente são o fenómeno básico, unificante para abordar a pessoa total. ” (GEORGE, 2003). Sendo a pessoa considerada um sistema em interação com o ambiente, esta dinâmica é constante com a finalidade de encontrar um equilíbrio funcionante que Betty Newman definiu como Homeostasia, ou seja, a capacidade que o sistema tem de encontrar um estado de harmonia.

Esta teoria de Betty Neuman define, igualmente, a existência de stressores e a resposta da pessoa aos mesmos, ou seja, todas as situações que ocorrem no ambiente que rodeia o Homem, bem como os seus conflitos internos representam fatores que colocam em causa o equilíbrio do sistema. Para Betty Newman são identificados como principais stressores a dor, a mudança cultural, a privação sensorial e a perda. Assim, cabe ao Homem conseguir sinergias no próprio sistema que o permitam recuperar o seu equilíbrio, Homeostasia. Assim, a pessoa é considerada um sistema aberto em interação com o ambiente, sendo que ambos podem ser influenciados e se influenciam positiva e negativamente. O sistema pessoa/ambiente funciona de forma constante e

dinâmica tentado encontrar um equilíbrio funcional e dando respostas aos diferentes stressores (internos ou externos) que tentam perturbar a estabilidade dos sistemas.

O sistema é, ainda, composto por três linhas diferentes. Linha normal de defesa que representa a estabilidade do sistema ao longo do tempo. Linha flexível de defesa que representa a circunferência maior do sistema e que primeiro tem contacto com o stressor, tentado que este tenha o menor impacto possível no restante sistema. Por fim a linha de resistência que tem como objetivo proteger a estrutura básica, ou seja, o Homem. Desta linha está, também, dependente a capacidade de reconstrução e readaptação do sistema. (BAZZO & MACIEL, 2007).

No seu modelo Betty Neuman descreve, ainda, três tipos de prevenção. Prevenção primária, inclui todas as atividades que visam evitar a exposição do indivíduo/ população a um fator de risco ou causal potenciado de um mecanismo patológico (Jamouille & Jamouille, 2002). Assim, este nível visa “ (...) *reduzir a incidência da doença, através do controlo dos fatores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população.* ” (Alwan, 1997).

A prevenção secundária tem por objetivo “ (...) a deteção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução” (Jamouille & Jamouille, 2002).

Por último, a prevenção terciária visa “ *reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos.* ” (Barker, 1998) e tem como objetivo “ (...) *o tratamento (e controlo) das doenças crónicas*” (Fowler e Gray, 1983).

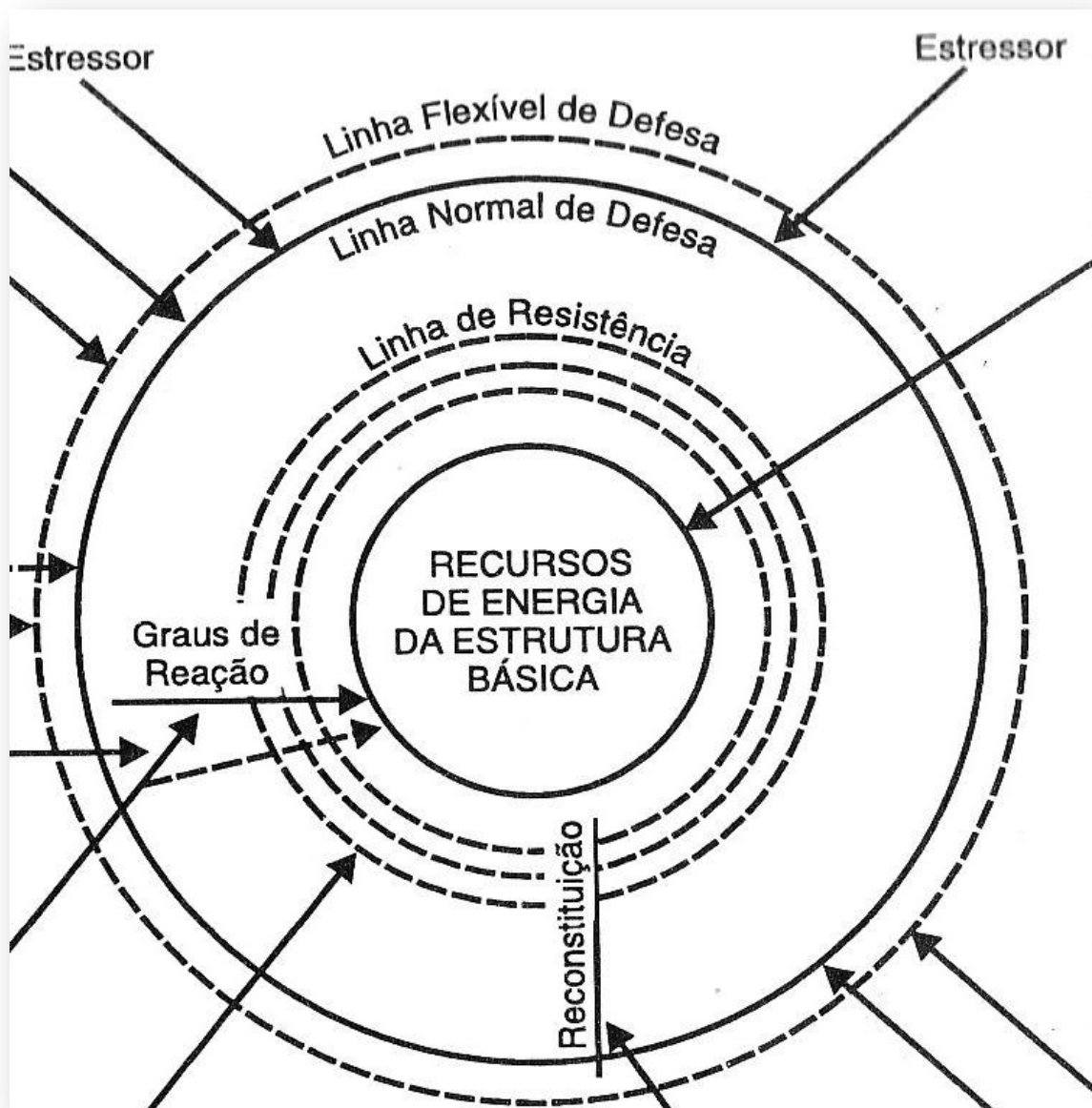
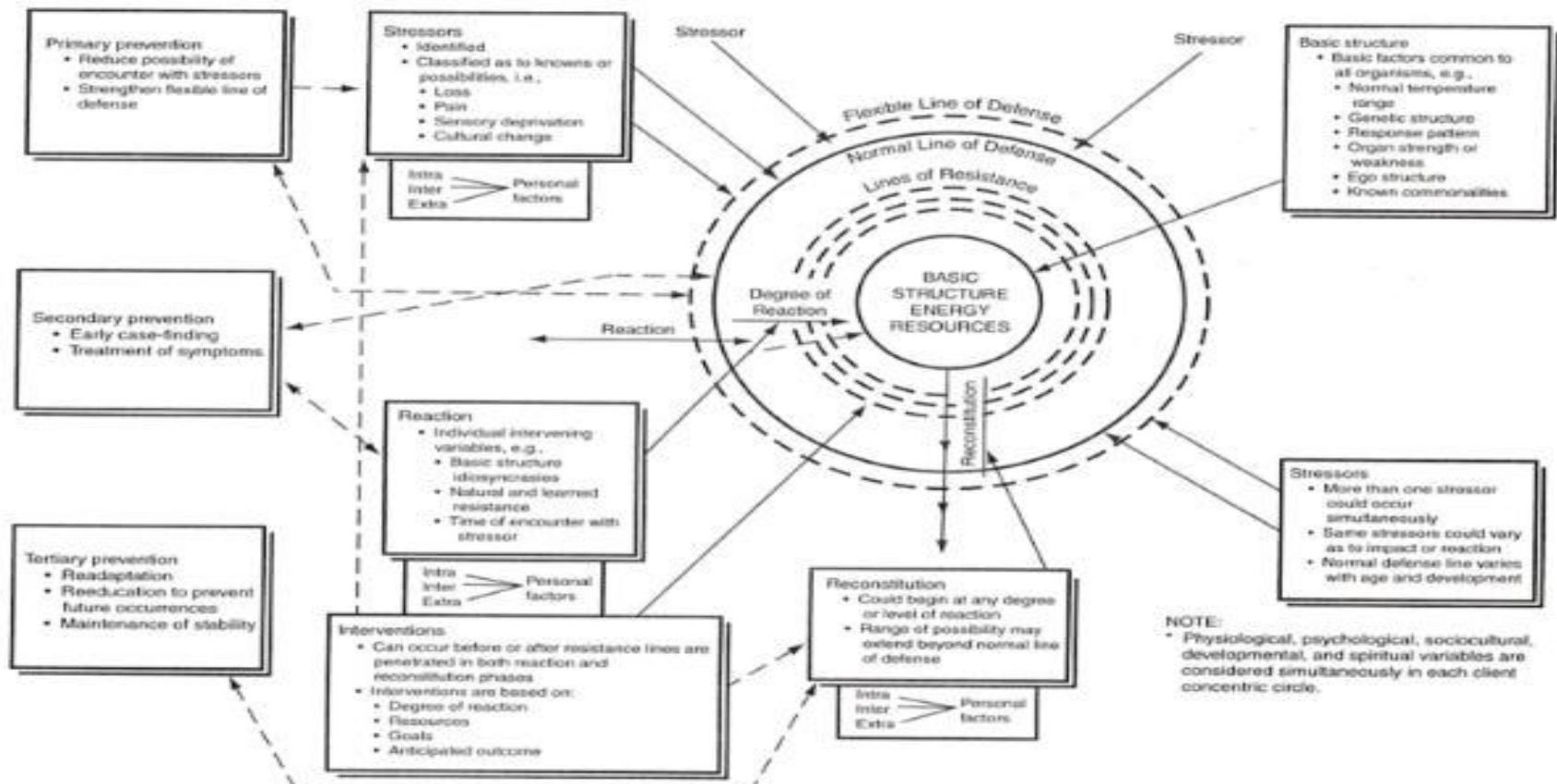


FIGURA 16-1 Modelo de Sistemas de Neuman. (De Neuman, B. [1995]. The Neuman Systems Model [3rd ed] [p.17]. Norwalk, CT: Appleton & Lange.)



The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

APÊNDICE II-

ENTREVISTA DE ENFERMAGEM COM BASE NO MANUAL “A
INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA – ESTRATÉGIAS DE
INTERVENÇÃO” DE JACQUES CHALIFOUR

Entrevista de enfermagem com base no manual “A intervenção terapêutica – estratégias de intervenção” de Jacques Chalifour :

A entrevista segundo o autor define-se como troca verbal entre profissionais e os utentes que assumem as mais diversas formas de diálogo, que vão do modo mais informal até ao formal. É assim definida a entrevista, como uma estratégia de estruturação das trocas referidas anteriormente. A entrevista é olhada de diversas formas, consoante os contextos em que se encontram inseridas. Mais especificamente a entrevista de enfermagem resulta da interação do utente/família ou grupo com o enfermeiro, com a utilização de comunicação verbal. Por outro lado a entrevista de ajuda entende-se pela compreensão do assunto que leva o utente a pedir ajuda e a oferta de estratégias com o objetivo de mudar, como a resolução de problemas.

Em suma, a entrevista define-se neste manual por **“ser um tipo de particular de interações verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papeis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim”**.

“ser um tipo de particular de interações verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes”, em que a regra geral é a existência de uma boa escuta e o facto de aceitarem assumir tarefas, papeis e regras.

“ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papeis”, a existência de uma boa comunicação de modo a alcançar e com nível terapêutico consiga abordar as dificuldades do utente e prestar-lhe o apoio necessário ao seu equilíbrio.

“do contexto”, quer abordar as motivações do utente, ou seja quando este procura o profissional, apresentando-lhe um problema que se encontra a vivenciar, assim como as condições físicas e da organização para o desenrolar da entrevista. o contexto físico e organizacional encontra-se relacionado com o local onde decorre a entrevista.

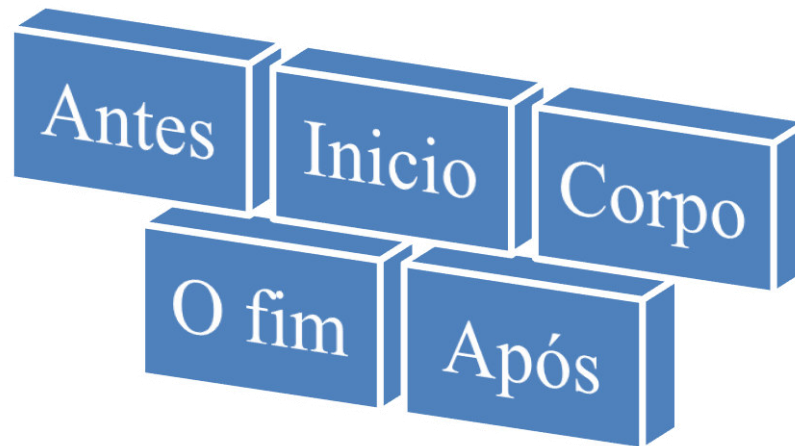
“as suas características”, estão relacionadas com as características pessoais de quem realiza a mesma e estas vão ter um efeito direto no resultado da entrevista.

“do assunto tratado”, a escolha dos temas vai definir o facto do utente se sentir bem com a expressão de sentimentos, pois existem temas que podem causar desconforto e o assunto deverá ser selecionado de acordo com a necessidade de ajuda e o conforto do utente para o tema a abordar.

“os objetivos visados” relaciona-se com o esclarecimento do seu encontro, o porquê de estarem ali, o utente e o profissional de saúde.

“E do tempo que se acordam para esse fim”, como vão ser os encontros, com que frequência e duração que deve ser acordado entre ambos os intervenientes.

Fases da entrevista:



Antes da entrevista:

É importante definir as suas expectativas relativamente ao encontro que pode ser clarificar o assunto, o que o utente espera com este encontro, alterar o programa pré-definido.

Determinar local e hora, assegurando a disponibilidade de ambos; local confortável, com poucos estímulos, favorece o decurso da entrevista;

Selecionar meios a utilizar e competência de aplicabilidade;

Reflexão sobre o encontro com o utente, ter consciência do processo de contratransferências que podem ser positivas ou negativas, consciência de si é essencial para que a relação seja a mais terapêutica possível com os diferentes utentes.

Início da entrevista:

O contato: assegurar presença física e afetiva, como olhar para o utente, certificando-se que este se encontra no seu campo de visão, privilegiando a posição face a face e apresentar-se, com aperto de mão (toque). E por fim convida-o a sentar-se. Estas atenções iniciais são fundamentais para

que o utente perceba que é importante estar neste encontro e perceber a sua naturalidade ou constrangimentos.

O objetivo e temas da entrevista: clarificar o tema e o objetivo do encontro e se está disponível para a discutir e a participar. Para que se estabeleça o inicio da relação de ajuda é necessário que “se conheça o utente com colheita de dados, dispensar apoio, ajudar a tomar decisões, clarificar problemas ou dificuldades, estabelecer diagnostico, testar soluções, avaliar resultados das intervenções ou tratamento, adquirir saber-fazer, transmitir informação, receber informação, facilitar contato e autoconhecimento”.

Podem ser utilizadas diversas estratégias:

De revelação, favorecem a consciência de si;

De restauração, visa a redução.

Estruturante, relacionada com aquisição de conhecimentos, resolução de problemas ou modificação e comportamentos;

Suporte, são de encorajar, apoiar, dar esperança.

Duração da entrevista: o utente deve ser informado da duração da entrevista, para que não e criem falsas expetativas, deve ser negociado a frequência dos mesmos.

Confidencialidade: é importante reforçar a confidencialidade dos assuntos discutidos na entrevista.

A descrição de papéis do utente e profissional, devem ser clarificados os papeis, como serão as entrevistas seguintes e esclarecimento de duvidas acerca das mesmas.

Corpo da entrevista:

Etapa do encontro da entrevista, em que ambos se encontram em contato.

Centra-se no tema da entrevista e nos temas que voa surgindo e termina quando objetivo é alcançado por ambos os intervenientes.

O contato mantem-se e caso esteja bem estabelecido deve ser enriquecido e perceber o grau de satisfação do utente, assim como distrações e desinteresse.

O objetivo e temas da entrevista: é importante averiguar a expressão do utente para caso seja necessário reformular e explicitar de forma mais eficaz os temas a desenvolver ou até mesmo modificar. As modalidades previstas da entrevista devem ser mantidas , podem realizar-se alguns

ajustes se existirem dificuldades de compreensão, de modo a atingir o objetivo principal. As modalidades são como acessórios orientadores.

Fim da entrevista:

O objetivo é atingido pelos intervenientes, termina no momento da separação. Podem ser sinais verbais e não-verbais para o término da entrevista. Acompanhar a pessoa até a porta, levantar da cadeira, apertar a mão, entre outros sinais em que dá por terminada a sessão.

O objetivo e os temas da entrevista: é necessário avaliar os resultados, realizar comentários sobre a sessão. Também devem ser lembradas as condições das entrevistas, presente e as futuras, caso existam.

Deve ser realizada a avaliação, recordar as etapas desenvolvidas e programar novas datas hora e local.

Após a entrevista:

Realização de registo do utente, atualizar o processo e o plano de intervenção.

APÊNDICE III-

POWER POINT- TÉCNICA DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA

Relaxamento

Discente: Enf^a Sandra Rodrigues
Orientadora de estágio

Outubro de 2015

Respiração profunda

- Este exercício **é a base se muitas outras capacidades de relaxamento**. Os exercícios respiratórios foram considerados eficazes na redução da ansiedade;
- Os exercícios respiratórios reduzem a ansiedade, stress depressão, irritabilidade, tensão muscular e fadiga cita (Davis, Eshelmen & McKay, 2008; e Sobel&Ornstein,1996);
- Para além do alívio destas variantes, tem a vantagem de se poderem realizar em qualquer parte e altura.

Respiração profunda

Exemplo dos exercícios respiratórios:



<http://www.ncsdebrasil.com/beneficios-do-exercicio-respiratorio2.html> (consultado a 10 de outubro de 2015)

Respiração

- 1- Sente-se, fique de pé ou deite-se numa posição confortável, assegurando-se que a coluna se encontra direita;
- 2- Coloque uma das mãos no abdômen e a outra no peito;
- 3- Inspire lenta e profundamente pelo nariz. O abdômen deve estar a expandir-se e a empurrar a sua mão. O tórax deve mover-se apenas ligeiramente.

Respiração

- 4- Quando tiver inspirado o máximo possível, sustenha a respiração por alguns segundos antes de expirar;
- 5- – Expire pela boca lentamente, colocando os lábios como se assobiasse. Franzir os lábios ajuda no controlo da velocidade, com que expira e mantém as vias aéreas abertas por mais tempo;
- 6– Sinta o abdómen a diminuir à medida que os pulmões vão esvaziar o ar;

Respiração

- 7– Recomece o ciclo de inspiração-expiração novamente; Concentre-se no som e sensação da sua respiração à medida que vai ficando mais relaxado;
- 8– Continue com os exercícios de respiração profunda por 5 a 10 minutos de cada vez.
- Uma vez dominada, a técnica pode ser usada tão frequentemente quanto necessário para alívio da sua tensão!

Obrigada!



DOCUMENTO IMPRESSO PARA O UTENTE

Exercício de respiração profunda

Este exercício é a base se muitas outras capacidades de relaxamento. Os exercícios respiratórios foram considerados eficazes na redução da ansiedade (Townsend, 2011) cita (Davis, Eshelmen & McKay, 2008; e Sobel&Ornstein,1996) que com os seus estudos demonstraram que os exercícios respiratórios reduzem a ansiedade, stress depressão, irritabilidade, tensão muscular e fadiga. Para além do alívio destas variantes, tem a vantagem de se poderem realizar em qualquer parte r altura.

Técnica:

- 1- Sente-se, fique de pé ou deite-se numa posição confortável, assegurando-se que a coluna se encontra direita;
- 2- Coloque uma das mãos no abdómen e a outra no peito
- 3- Inspire lenta e profundamente pelo nariz. O abdómen deve estar a expandir-se e a empurrar a sua mão. O tórax deve mover-se apenas ligeiramente.
- 4- Quando tiver inspirado o máximo possível, sustenha a respiração por alguns segundos antes de expirar.
- 5- – Expire pela boca lentamente, colocando os lábios como se assobiasse. Franzir os lábios ajuda no controlo da velocidade, com que expira e mantém as vias aéreas abertas por mais tempo;
- 6– Sinta o abdómen a diminuir à medida que os pulmões vão esvaziar o ar;
- 7– Recomece o ciclo de inspiração-expiração novamente; Concentre-se no som e sensação da sua respiração à medida que vai ficando mais relaxado;
- 8– Continue com os exercícios de respiração profunda por 5 a 10 minutos de cada vez.

Uma vez dominada, a técnica pode ser usada tão frequentemente quanto necessário para alívio da sua tensão!

APÊNDICE IV

POWER POINT- ANSIEDADE E STRESS

SINAIS E SINTOMAS



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA · PORTO · VISEU



Ansiedade e Stress

Unidade de ambulatório

Discente: Enf^a Sandra Rodrigues

Orientadora de estágio: Enf^a C. B.

Outubro de 2015

Ansiedade e Stress

Objetivos da sessão:

- Definição de conceitos;
- Causas e efeitos da ansiedade;
- Regras para reduzir ansiedade.

Ansiedade



"Basquiat"-pintor

Ansiedade é uma condição psicológica em que o indivíduo se encontra num estado desagradável.

Resulta numa preocupação maior do que a exigida pela situação.

Ansiedade

"Ansiedade é um tipo de emoção com características específicas:

- *sentimentos de ameaça,*
- *perigo ou infelicidade sem causa conhecida,*
- *acompanhados de pânico,*
- *diminuição da auto-segurança,*
- *aumento da tensão muscular e do pulso,*
- *pele pálida, aumento da transpiração,*
- *suor na palma das mãos,*
- *pupilas dilatadas e voz trémula"*



(ICN, 2002, p. 47)

Efeitos da Ansiedade:



Causas da Ansiedade

È uma reação normal, sinal de alarme do organismo.

Se a ansiedade se encontra controlada
- vai atuar como estimulante.



È como se fosse o nosso alarme...que altera com as situações do dia-a-dia.

Stress



Munche


https://www.google.pt/search?q=pintura&biw=1600&bih=775&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=bQpdVfS6Me6R7Aat1IH0Bg&ved=0CAYQ_AUoAQ#tbn=isch&q=pintor+munche



Stress

É uma reação de resposta às agressões da vida: emoções choque, ruído, tensão, mudanças...

Eustress

 ***Otimiza o funcionamento*** adaptativo.

Ou seja:

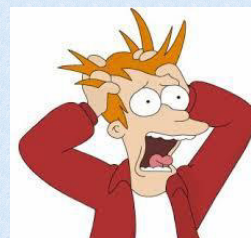
No futuro perante uma situação idêntica, o indivíduo sente-se mais auto-confiante e assim maior probabilidade de resolver a mesma situação ou uma outra.

DISTRESS

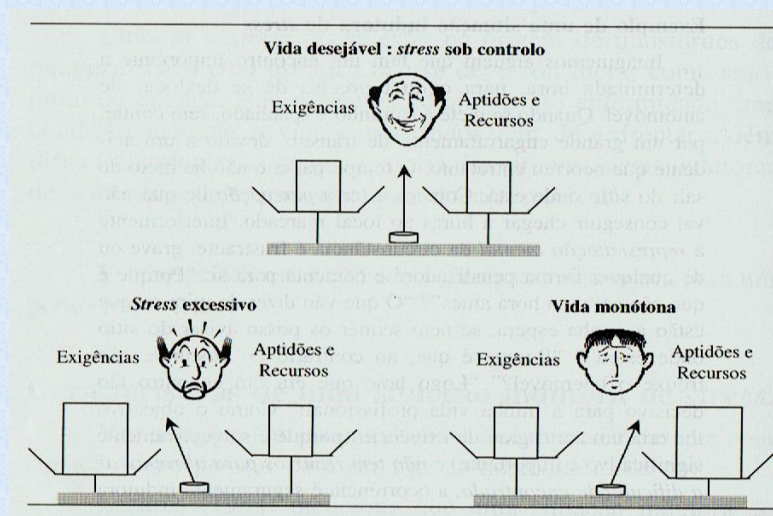
• ***Distress - as exigências são:***

Intensas, excessivas, prolongadas, imprevisíveis,
ou

O indivíduo não possui as competências
apropriadas para lidar com elas.



Stress



Fonte: Vaz Serra (2002:20)

Fobia

- É o medo que é irracional perante objeto ou situação;
- Manifestação aguda sem causa aparente ou fundamentada;
- É uma manifestação de ansiedade.

Ansiedade



- 1- **Organização**
- 2- **Evitar ingestão excessiva bebidas excitantes como café.**
- 3- **Procurar ambientes agradáveis.**
- 4- Aprender a tomar decisões.
- 5- Resolver problemas
- 6- Prioridade nas tarefas
- 7- Afastar maus pensamentos.



- 8- Não complicar
- 9- Não se preocupe com o que dizem de si
- 10- Contato com a natureza
- 11- Superar os medos
- 12- Atingir os objetivos
- 13- Aprender a dizer **Não**
- 14- **Dormir bem**
- 15- **Fazer exercício**
- 16- Fortalecer as relações sociais
- 17- Deixe-se ajudar.

Organização

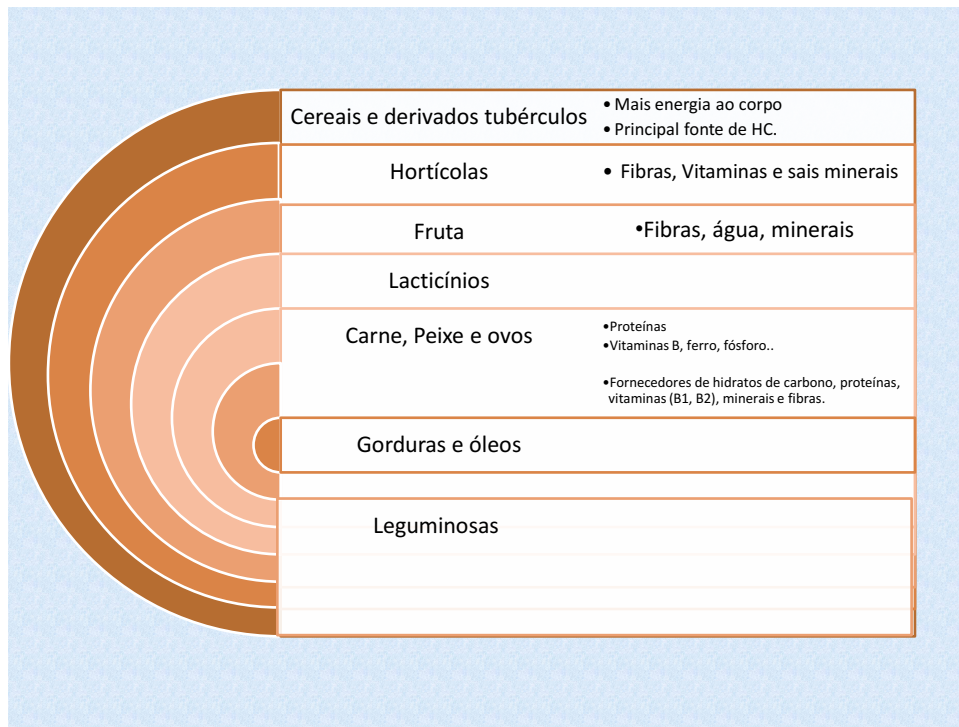


Organização é a forma como se dispõem determinado sistema com o objetivo de atingir resultados que se definiram pelo próprio.

Roda dos alimentos

Evitar ingestão excessiva bebidas excitantes como café.





Roda dos alimentos



Não esquecer: Beber água ao longo do dia (8 copos).

Procurar ambientes agradáveis



Sono



- Fadiga ou mal estar
- Diminuição da atenção ou concentração
- Disfunção social
- Perturbações do humor
- Irritabilidade
- Sonolência durante o dia
- Baixa motivação
- Problemas comportamentais (hiperatividade, impulsividade ou agressividade)
- Preocupação contínua sobre o estado do seu sono

Dormir bem



- Durma só o necessário para se sentir descansado e depois levante-se.
- Evite forçar o sono
- Faça exercício regular, mas não antes de se deitar (deve ser pelo menos 4 horas antes)
- Evite bebidas com cafeína
- Evite álcool antes de dormir
- Evite fumar, especialmente à noite
- Não se deite zangado
- Ajuste o ambiente do quarto
- Resolva os seus problemas antes de se deitar



Fazer exercício

- exercício físico pode ser eficaz na redução da ansiedade,
- diminuição de sintomas negativos,
- aumento da autoestima,
- valorização da imagem corporal e melhoria cognitiva;



Avaliação da sessão

Fatores que reduzem a ansiedade (assinala V ou F):

- Desorganização F
- Dormir bem V
- Beber café à noite F
- Resolver problemas V
- Fortalecer as relações sociais V



**Fortalecer as relações
sociais!**

Deixe-se ajudar!

Deixe-nos ajudar!



Obrigada!



APÊNDICE V-

EXAME DO ESTADO MENTAL INICIAL

Exame do estado mental (de acordo com manual de psicopatologia de Diogo Telles Correia)

	C.	H.	P.	V.
Consciência	<i>Consciente</i>	<i>Consciente</i>	<i>Consciente</i>	<i>Consciente</i>
Atenção	<i>Atenção captável e fixável</i>	<i>Atenção captável e fixável</i>	<i>Atenção captável e fixável</i>	<i>Atenção captável e fixável</i>
Orientação	<i>Doente orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente</i>	<i>Doente orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente</i>	<i>Doente orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente</i>	<i>Doente orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente</i>
Memória	<i>Memória imediata, recente e remota aparentemente mantidas; não se verificando alterações quantitativas (amnesias) ou qualitativas (paramnésias)</i>	<i>Memória imediata, recente e remota aparentemente mantidas; não se verificando alterações quantitativas (amnesias) ou qualitativas (paramnésias).</i>	<i>Memória imediata, recente e remota aparentemente mantidas; não se verificando alterações quantitativas (amnesias) ou qualitativas (paramnésias).</i>	<i>Memória imediata, recente e remota aparentemente mantidas; verificando se alterações qualitativas (paramnésias), a nível do reconhecimento</i>
Percepção	<i>Não se apuram alterações ao nível da percepção</i>	<i>Não se apuram alterações ao nível da percepção</i>	<i>Não se apuram alterações ao nível da percepção</i>	<i>Alterações da percepção ao nível AAV, com conteúdo agressivo ou amigável</i>
Discurso	<i>Lentificado e pobre</i>	<i>Sem alterações do discurso</i>	<i>Sem alterações do discurso</i>	<i>Desorganizado e pobre</i>
Pensamento	<i>Por vezes apresenta alterações do ritmo e continuidade (circunstancial e bloqueio).</i>	<i>Pensamento ordenado, com manutenção das associações entre ideias, racional. Manutenção da tendência determinante do discurso. Pensamento abstrato mantido</i>	<i>\ Pensamento ordenado, com manutenção das associações entre ideias, racional. Manutenção da tendência determinante do discurso. Pensamento abstrato mantido</i>	<i>Alterações formais do pensamento, nomeadamente com afrouxamento e desagregação do mesmo. Alterações ao nível da posse do pensamento (outros lhe roubam os pensamentos)</i>

Vivência do Eu	<i>Sem alterações</i>	<i>Sem alterações</i>	<i>Sem alterações</i>	<i>Sem alterações</i>
Energia Vital e Impulsividade	<i>Refere não conseguir trabalhar</i>	<i>Refere não conseguir trabalhar, negando problemas laborais.</i>	<i>Refere não se sentir capaz de desempenhar o seu cargo no trabalho mas que se sente bem no atelier.</i>	<i>Refere não conseguir trabalhar. Inquietação motora</i>
Motricidade	<i>Adequado</i>	<i>Adequado</i>	<i>Adequado</i>	<i>Adequado</i>
Humor, afetos, e emoções	<i>Humor deprimido, com choro fácil, fâcias triste e Ansiedade</i>	<i>Eutímico. Ansiedade</i>	<i>Eutimico e Refere ansiedade</i>	<i>Ansioso, angustiado, Refere ansiedade</i>
Vida Instintiva	<i>Alterações do padrão de sono, com insónia intermédia.</i>	<i>Sem alterações</i>	<i>Sem alterações</i>	<i>Sem alterações</i>
Insight	<i>Parcial</i>	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>	<i>Parcial</i>

APÊNDICE VI-

ESTUDO DE CASO



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Curso de Mestrado de Natureza Profissional de Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria

Módulo II

Estudo de Caso

Discente: Sandra Rodrigues nº192014027

Lisboa, 2015



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Curso de Mestrado de Natureza Profissional de Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria

Modulo II

Serviço de Estabilização e Tratamento de Urgência em Psiquiatria

Estudo de Caso

Orientador: Professor Doutor Paulo Seabra

Orientadora de estágio: Enf^a I. V.




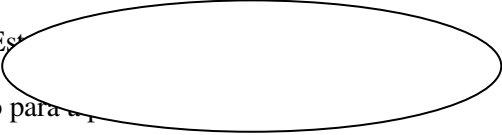
Discente: Sandra Rodrigues nº192014027

Lisboa, 2015

“Para adquirir conhecimento, é preciso estudar; mas para adquirir sabedoria, é preciso observar.”

Marilyn vos Savan

Abreviaturas

-  Centro Hospitalar Psiquiátrico 
- OMS- Organização Mundial de Saúde
-  Serviço de Est 
- CIPE- Classificação para a


INDICE

0-INTRODUÇÃO	5
1-ANAMNESE	6
IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE.....	7
1.1.Motivo de Referenciação	8
1.2. História Psiquiátrica e Doença Atual	9
1.3. Historia Pessoal	10
1.4.História Familiar	11
2.Exame do Estado Mental.....	4
3.Entrevista.....	4
3.1 Entrevista I.....	4
3.2. Entrevista II.....	4
3.3. Fatores Stressores.....	4
3.4. Diagrama de Forças	4
3.5.Legenda do diagrama de forças:	4
4. Avaliação diagnóstica de Enfermagem:.....	4
5. Entrevista III	4
6.Avaliação	4
7.BIBLIOGRAFIA.....	4
APÊNDICES	4
APÊNDICE I.....	4
APÊNDICE II.....	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE III ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E TEÓRICO DE BETTY NEUMAN E DO MODELO DA TEORIA DOS SISTEMAS.	4

0-Introdução

No âmbito do Modulo II do estágio que integra o plano Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade Católica Portuguesa, foi solicitado, com base na literatura a elaboração de um estudo de caso.

O modelo selecionado para a elaboração do estudo de caso foi o de Betty Neuman,e, com base neste modelo pretende-se descrever e analisar o modelo da Teoria dos Sistemas na elaboração o mesmo.

Como objetivo principal do presente trabalho entende-se descrever a história pessoal e psicopatológica de um utente internado no  com o diagnóstico de dependência de álcool, com atividade psicótica, com o intuito de identificar os focos de enfermagem e as respetivas intervenções na linguagem CIPE.

Assim, primeiro é apresentada a historia clinica e psiquiátrica do utente, exame do estado mental e plano de cuidados e por fim os diagnósticos realizados com base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e as entrevistas que foram efetuadas.

1-Anamnese

Identificação do utente

Nome: Manuel António

Sexo: Masculino

Nome pelo qual gosta de ser tratado: P.

Idade: 52 anos

Data de Nascimento: 23-08-1963

Estado civil: Solteiro

Agregado Familiar: 3 (mãe, irmão mais novo)

Raça: Caucasiana


Residência: Torres Vedras

Habilitações Literárias: 11º ano

1.1.Motivo de Referenciação

O Sr. P. foi transportado ao SU do Hospital São José, com queixas de desde há 2 dias de tremor nas extremidades nos membros superiores e insónia, ansiedade marcada, pelo que refere que “ *tem vontade de chorar desde há 2 meses*”(sic).

Trazia ainda consigo informação do Hospital de Torres Vedras com referência de “alucinações, insónia arrastada, períodos de desorientação, fala sozinho e ouve vozes...e consumo exagerado de álcool até ontem”

Após a observação no SU, decidiu-se transferência e internamento no , pelos motivos supracitados.

1.2. História Psiquiátrica e Doença Atual

Utente sem historia de seguimento prévio em Psiquiatria, com consumos de álcool (2,5Litros de vinho por dia) desde a adolescência, que um ano antes do internamento iniciar queixas de esquecimento na sequencia de uma queda com necessidade de hospitalização por traumatismo

crânio encefálico interrogado. Estas mesmas queixas foram-se agravando progressivamente, havendo períodos em que se esquecia da carteira, outros em que repetia as mesmas conversas e fazia as mesmas perguntas. Durante todo este período manteve hábitos de consumo alcoólico.

Cerca de 6 meses antes do internamento atual, foi passear até Santa Cruz, onde a família tem uma casa de férias, que o utente ocasionalmente frequenta. Enquanto esteve lá houve um episódio em que conduziu cerca de 15 Km com os pneus furados. Os irmaos não sabem explicar este comportamento.

Desde há 3 meses que o utente se começou a interessar por um site, que transmite em direto um reality show, onde observa pessoas dentro de uma casa. Passava o dia isolado no quarto a ver o programa, negligenciados cuidados básicos, como alimentação e sono. Chegou a estar 48 horas seguidas, sem dormir, a ver o site. A certa altura, começou a achar que as pessoas do programa sabiam que ele as estava a observar e que faziam comentários sobre ele. Começou a sentir-se ameaçado, acreditando que as pessoas do programa iriam vingar-se dele, por ele a estar a vigiar. Nesta altura começou a ouvir vozes de pessoas que não via, quando estava sozinho no quarto, vozes que atribuía às pessoas do programa. Por vezes, falava sozinho como se estivesse a falar com outras pessoas. Ouve um dia que dormiu com uma face debaixo da almofada.

Na véspera do internamento, a irmã encontrou-o no quarto com algodão nos ouvidos, a chorar e a dizer que ouvia vozes, motivo pelo qual o levou a um médico particular, onde foi medicado com Sereenal e Tiapride e aconselhado a recorrer ao SU.

No dia do internamento, foi encontrado pelo irmão na rua, em troco nu, a olhar para o céu e a dizer “The situation is....(qualquer coisa má que não me recordo)”(sic).

1.3. Historia Pessoal

A informação colhida neste subcapítulo, foi recolhida da consulta do processo do utente e durante as entrevistas realizadas durante o internamento.

Em relação à gravidez desconhece se foi desejada ou se foi acompanhada por médico, embora tivesse sido sem intercorrências. Diz ter tido um desenvolvimento psicomotor dentro dos parâmetros normais.

A infância tinha ciúmes da irmã mais nova, que nasceu com trissomia 21 e sentia-se marginalizado em relação a esta relação. Os pais tinham muitas dificuldades económicas Teve uma infância “feliz”(sic).

Em relação à vida escolar, os irmãos descrevem-no como um bom aluno e inteligente, chegou a receber prémio de mérito por ter sido o melhor da turma. Aprendeu a tocar instrumentos musicais sozinho. Reprovou 2 vezes no 9º ano, porque “andava desmotivado para os estudos”(sic). Tinha dificuldades a matemática e motivo pelo qual o levou a seguir a área de Humanidades no 10º ano. Praticava basquetebol, andebol e voleibol no liceu e fez ainda parte da associação de estudantes, como responsável por organizar torneios interescolas. Não tinha muitos amigos.

Fez serviço militar na Força Aérea após ter terminado o 11º ano. Tinha patente de soldado e a sua função era de quarteleiro. Descreve esta experiência de forma muito positiva, à exceção de uma situação em que foi punido, a qual se recusa a descrever e refere “isso são águas passadas”. Este período durou cerca de 2 anos e 5 meses.

Na vida profissional e após ter terminado o serviço militar, esteve desempregado e a viver na casa dos pais. Pouco tempo depois, trabalhou como responsável de armazém numa empresa durante 13 anos. Descreve más condições de trabalho e conflitos com os patrões que “pagavam mal, tratavam mal os empregados”(sic). Refere ainda que todos os empregados eram mal tratados e não apenas ele. Mudou de emprego em 2002 por ter surgido uma proposta melhor e com melhores condições e ordenado mais alto, como operador de linha de produção. Trabalhou nesta empresa até 2010 e foi despedido porque a empresa encerrou. Desde então tem estado desempregado e a viver em casa da mãe, situação que o deixa insatisfeito. “Tenho 52 anos e vivo às custas da minha mãe que não consegue andar e tem problemas de coração e por isso é que eu ando nervoso e às vezes fico fora de mim”(sic).

Na vida afetivo-sexual refere que não teve muitas namoradas e que não é nenhum Zézé Camarinha! “Tentei uma ou duas vezes, mas eu tinha muitas dificuldades financeiras e elas queriam era carros e companhias dessas” (sic).

Em relação á religião refere que tem crenças supersticiosas, nomeadamente que o mundo iria acabar na passagem do ano de 1999 para 2000. A irmã mais nova do utente terá falecido nessa altura. Refere que ainda não acabou o mundo mas “ aconteceu-lhe a ela”. No entanto, não parece associar os dois eventos refere que “ela morreu, porque tinha que morrer”.

1.4.História Familiar

O pai faleceu aos 65 anos, há cerca de 16 anos, com cancro no estomago. Tinha hábitos tabágicos e sofria de asma. Os irmãos negam abusos por parte do pai, mas afirmam que tinham uma má relação, sobretudo por falta de cuidados parentais.

A mãe neste momento tem 80 anos, com muitas dificuldades motoras, necessita de ajuda nas tarefas domésticas, tem uma relação protetora para com o utente

O irmão mais novo tem uma boa relação e com a irmã.

O utente não se relaciona com a restante família (primos), apenas se relaciona com irmãos e mãe.

O ambiente familiar é tenso neste momento, pois o utente sente-se culpabilizado por não poder ajudar a mãe, por estar desempregado e o irmão mais novo está a passar por uma fase de separação, tendo vindo para casa da mãe viver.

2.Exame do Estado Mental

O utente no dia 8-4-2015, numa primeira entrevista, encontrava-se vígil, com a atenção dificilmente captável, mas fixável, desorientado no tempo, orientado no espaço, alguma desorientação alopsíquica. A memória imediata perturbada, pois no final da entrevista não consegue evocar a informação fornecida inicialmente. Compreensão verbal comprometida e difícil de avaliar, pela dificuldade de captar a atenção. Pouco colaborante na entrevista, fornece poucos dados dos acontecimentos da vida biográfica. Aspeto pouco cuidado, com alguns botões da camisa desabotoados. Discurso pobre, circunstancial, organizado, com dificuldade na articulação das palavras. Não se apuram alterações do conteúdo do pensamento. Humor ansioso, com afetos congruentes com o discurso, tornando-se progressivamente mais tenso e irritável. Não se apuram alterações da percepção. Ausência total de insight.

3.Entrevista

3.1 Entrevista I

O primeiro contato com o utente ocorreu no dia 14 de Abril de 2015, no período da manhã, em que a Enf^a orientadora foi quem realizou esta abordagem, com o intuito do utente me conhecer e de iniciar uma relação terapêutica com o utente.

O Sr. P. não mostrou resistência á entrevista, contudo denotei alguma ansiedade pela minha presença. Nesta primeira entrevista foi possível apurar que a idade real coincide com a idade aparente, que tem um aspeto geral cuidado. Durante a entrevista mostrou-se muito ansioso, pois referiu que “estou ansioso, porque me fazem perguntas sobre coisas que não quero falar”(sic), inquieto e tenso, embora colaborante com os profissionais. A maior preocupação segundo o utente no decorrer desta entrevista era a condição da sua mãe, repetiu por várias vezes “já viu a minha mãe a sustentar-me a esta altura da minha vida, quem devia estar a apoiar-la era eu e os meus irmãos e não o contrário. A minha mãe tem muitas limitações para andar e eu sinto que se lhe trouxe problemas, em vez de a ajudar”(sai). Apresentava-se muito desconfiado e observador, sugestivo de alguma ideação delirante, repetiu algumas vezes frases como “Mas o que querem de mim?..fazem estas questões todas para quê? O que pretendem com tudo isto?”(sic).

O utente mantinha-se com tremores acentuados nos membros superiores, não se observando outros sintomas de abstinência alcoólica.

A enfermeira orientadora entendeu que esta entrevista deveria ser curta e encerrou, pois o utente demonstrava alguma inquietação e desconfortável ao ser confrontado com as questões.

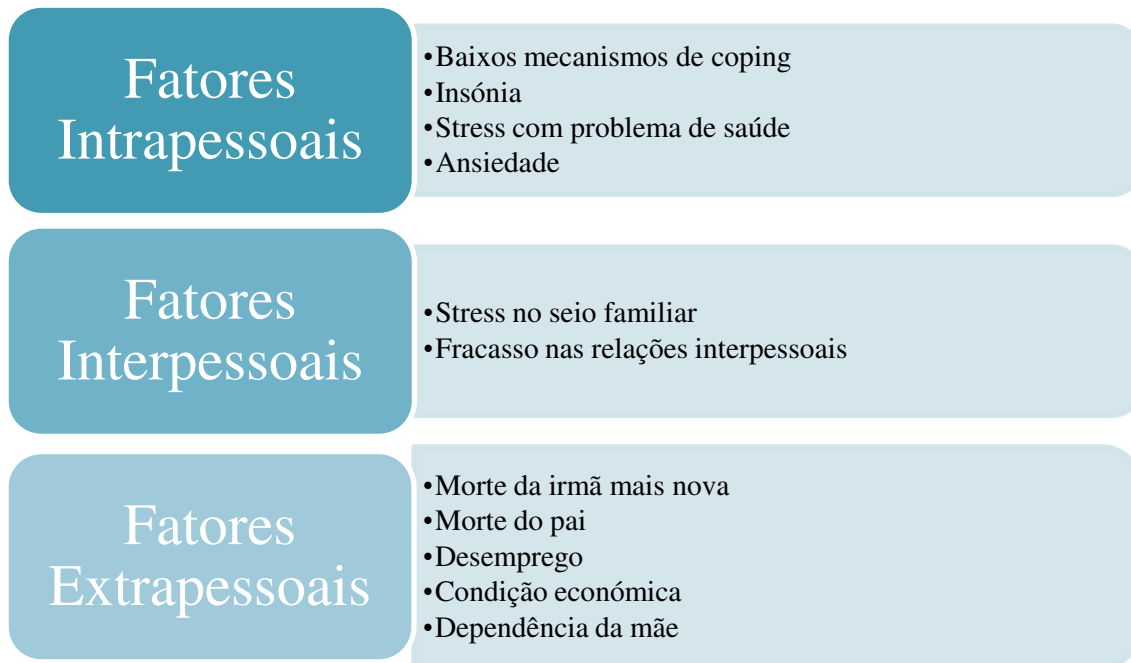
3.2. Entrevista II

No dia 16 de Abril foi utilizado por mim, o guião previamente elaborado e agendada uma entrevista de enfermagem com base no modelo de Betty Neuman.

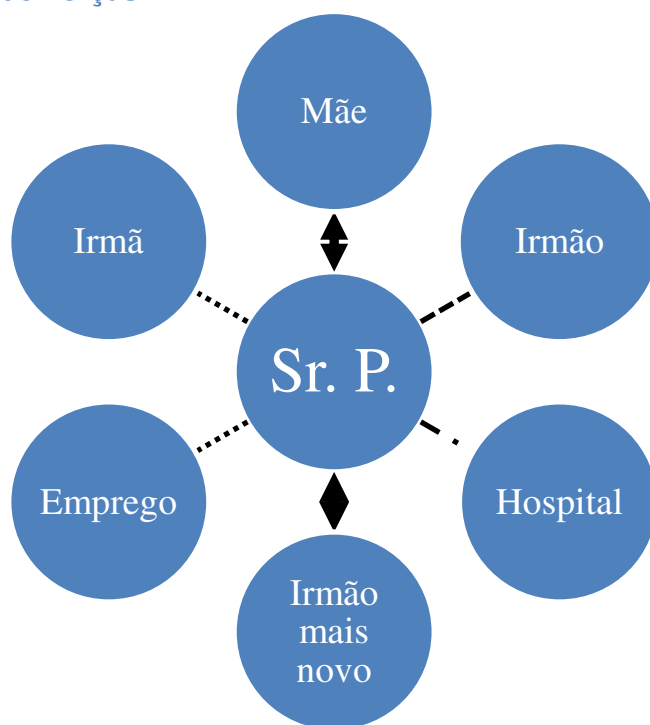
	Perceção do doente	Perceção da enfermeira
1. O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?	“O meu problema é a falta de emprego, é isso que me preocupa mais. Depois é também os problemas financeiros, as doenças familiares. A minha teimosia é um grande problema e já não tenho a mesma capacidade para andar” (sic).	O utente apresenta humor Eutímico e a sua preocupação principal é a mãe e o desemprego. Nega delírios, mantém uma postura desconfiada.
2. Como é que isto tem afetado os seus hábitos de vida?	“Sim tem afetado muito, estou a viver na casa da minha mãe e às custas dela. Já tive vontade de acabar com isto tudo, mas não posso porque tenho a minha mãe assim dependente. Antes fazia muitas atividades desportivas”(sic)	O utente tem a perceção em como houve alterações com os seus hábitos de vida não tem insight nem critica para essas mesmas alterações.
3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?	“Sim já tive problemas com os meus patrões e fui embora desses empregos. Não foi a melhor solução a minha de ter ido embora porque depois vim a ficar sem emprego e estou nesta situação. Os problemas financeiros por ter mudado de emprego. Semelhante a este não, nunca tinha sido internado numa instituição destas” (sic).	O utente não associa o problema do álcool a conflitos anteriores. Nega ter um problema com o álcool e desvaloriza. Não apresenta atividade produtiva.
4. Como prevê o futuro em consequência da presente situação?	“Espero vir a ter saúde e arranjar trabalho a curto, medio ou longo prazo não sei...”(sic).	Denota-se alguma vontade por parte do utente de integrar o tratamento.
5. O que está a fazer ou que pode fazer para se ajudar a si mesmo?	“Estou aqui a espera que alguma coisa mude, falo com os profissionais que aqui trabalham e conversam comigo” (sic)	Esta questão foi reformulada e o utente respondeu que gostava de jogar basket, volei e andebol e espera vir a poder jogar, quando sair do hospital.

<p>6. O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si?</p>	<p>“Que me ajudem a arranjar trabalho, para não ficar sem a casa onde a minha mãe vive, porque a casa é arrendada e se não tiver trabalho entro em stress” (sic).</p>	<p>O emprego é a maior preocupação pois é mencionado com grande frequência durante a entrevista e a condição física da sua mãe, a sua protetora.</p>
---	---	--

3.3. Fatores Stressores



3.4. Diagrama de Forças



3.5. Legenda do diagrama de forças:

- A relação com a irmã e o emprego foi conflituosa.
- A relação que une o irmão mais novo e a mãe são relações muito fortes no presente.
- A relação com a Instituição foi sofrendo alterações no sentido positivo, na aceitação dos profissionais.

4. Avaliação diagnóstica de Enfermagem:

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	«Outcomes» Resultados de Enfermagem
Ansiedade em grau elevado (8-4-2015)	<ul style="list-style-type: none">-Planear/Oferecer escuta ativa-Encorajar o utente a verbalizar os seus sentimentos;-Ajudar o utente a identificar situações causadoras da sua ansiedade;-Não antecipar o utente no que vai dizer, deixá-lo sempre terminar identificando as temáticas predominantes do seu discurso;-Demonstrar uma atitude de empatia e de compreensão [comunicando ao utente, se pertinente, que percebemos como se sente e porquê].	<p>O utente verbaliza que as entrevistas lhe fazem bem, e foi-se denotando uma diminuição da ansiedade através da sua postura mais calma e diminuição da inquietação.</p>
Coping não eficaz	<ul style="list-style-type: none">-Oferecer escuta ativa;-Promover suporte emocional;-Discutir com o doente experiências com carga	<ul style="list-style-type: none">-O utente apresenta-se com comportamento adequado e estratégias que promovem redução de stress;O utente não verbaliza necessidade de ajuda. Verbalizou e assume que tem um problema e demonstra

	<p>emocional negativa;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Motivar para a utilização de mecanismos de defesa apropriados; -Discutir as consequências de sentimentos como a culpa; - Encorajar a expressão de emoções -Promover envolvimento familiar; - Identificar com as pessoas crenças erróneas 	<p>vontade de resolver, que se comprovou, após a licença de ensaio.</p>
Insónia intermédia presente	<ul style="list-style-type: none"> - Planear o horário de sono/repouso -Gerir Ambiente; -Controlar a insónia através da administração de medicação em SOS -Restringir sono diurno com atividades 	<p>No final do internamento o utente dorme por longos períodos durante a noite.</p>
Comunicação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Atender pelo toque (estar fisicamente disponível para ajudar e tocar o doente exprimindo interesse, quando apropriado); -Diminuir a ansiedade -Disponibilizar presença -Escutar ativamente – -Estabelecer contacto visual; -Evitar confrontar o doente; -Tom de voz adequado e postura 	<p>O utente consegue verbalizar e expressar o que pensa sem qualquer receio. O utente apresenta-se mais comunicativo. Não evita o olhar e encontra-se colaborante. 14-04-2015.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> -Atender no delírio; 	<p>No início do internamento</p>

<p>Pensamento alterado</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular o doente a verbalizar os delírios aos cuidadores antes da ação sobre os mesmos; - Auxiliar o doente a evitar ou eliminar estressores que precipitem os delírios; -Proteger o doente e outros de comportamentos baseados no delírio que possam ser danosos; - Reduzir os estímulos ambientais excessivos, conforme a necessidade 	<p>ainda manteve ideação delirante de conteúdo persecutório. A partir do dia 15-04-2015, não se apurou mais atividade produtiva. O utente na entrevista referiu sentir-se melhorado, mais colaborante e melhor contato.</p>
<p>Processo familiar alterado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir comunicação - Promover envolvimento familiar - Apoiar na identificação de situações causadoras de stress - Elogiar relacionamento familiar - Promover suporte familiar - 	<p>O utente mantém relação próxima do seu irmão e refere ter muitas saudades da sua mãe. Durante o internamento teve visitas frequentes do seu irmão.</p>

5. Entrevista III

Licença de Ensaio e o seu regresso ao serviço.

Após a licença de ensaio, tive a oportunidade de receber o utente no serviço e de realizar a entrevista na presença do irmão mais novo, que o acompanhou em todo o fim-de-semana e o processo de doença que decorre.

Foi questionado ao utente como correu os dias em casa? Ao qual respondeu que “correu muito bem e que não tinha tocado num copo de álcool, apenas sumos e até jogou andebol e passeou pela cidade” Confirmado na presença do irmão.

No decorrer da entrevista foi reforçado a importância de hábitos de vida saudáveis e como é importante que o utente mantenha essa vontade de se distrair e de se ocupar com atividades que lhe dão prazer, afastando-se de situações propícias ao consumo de álcool.

As saudades que tinha da sua mãe e a felicidade que lhe trouxera após estes dias que esteve junto dela.

O irmão mostrou-se ser uma pessoa muito disponível e bastante colaborante em todo este processo de reabilitação que o irmão seria sujeito, quando fosse transferido para outro serviço, pois a sua licença de ensaio foi um sucesso. A avaliação do sucesso ou capacidade funcional da pessoa não deve ser descurada, devemos intervir a todos os níveis e sempre que possível a família deve ser chamada a participar nestas avaliações.

O profissional deve certificar-se que a família e a pessoa compreendem bem o problema de saúde e o tratamento, identificar os estímulos stressores, clarificar dúvidas com os familiares e utente, é uma mais-valia para a adesão terapêutica.

Estabeleceu ainda, nesta entrevista objetivos pessoais futuros, a nível pessoal e a nível laboral, numa postura de não desistir aquando o momento da alta. Aparentemente com insight em relação à doença bastante melhorados.

6. Avaliação

Durante os dias que estive presente e pude acompanhar este utente, notei uma evolução muito positiva em relação aos diagnósticos que foram levantados. As entrevistas realizadas ao longo dos dias e as que tinham sido realizadas anteriormente, foram determinantes na sua evolução positiva e “Prestar-lhe” uma relação de ajuda profissional, com a finalidade de criar condições que o ajudem a enfrentar as dificuldades que apresenta, neste momento em que vivencia a crise. De acordo (CHALIFOUR J. , 2008, p. 120) “*Estas condições traduzem-se (...), no reconhecimento do*

cliente como um ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente, e na estruturação de meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência de si e aceder aos seus recursos pessoais.”

É através do diálogo que a pessoa vai narrando a sua história de vida, e, ela própria identificando o que a faz sofrer. De acordo com (PHANEUF,2005:413) *”Retecendo os fios da sua história, ela reconstrói-se e reencontra o elo vital que a animava. A enfermeira serve-lhe de eco, ajuda-a a precisar o seu pensamento, a explorar ela própria as suas emoções e a reencontrar as suas referências.”*

Assim e em termos de avaliação do utente, este apresentava-se com aspeto geral cuidado, postura descontraída, com sorrisos espontâneos, humor eutímico, com discurso organizado e linguagem e tom de voz adequados. Com um bom contato e sem dificuldades em exprimir sentimentos e emoções vividas durante esses dias.

Considero que mesmo com o pouco tempo disponível que tive com o utente, consegui estabelecer uma boa relação terapêutica com o utente e ir de encontro aos diagnósticos levantados e participar na efetividade das intervenções planeadas. Foi muito importante para mim ter começado logo desde cedo esta relação, pois foi numa fase inicial do estágio, assim, permitiu-me nesta altura adquirir competências relacionais, comunicacionais e terapêuticas.

7. Bibliografia

CHALIFOUR, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica- Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. Volume 1). Loures: Lusodidacta.

PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Apêndices

Apêndice I

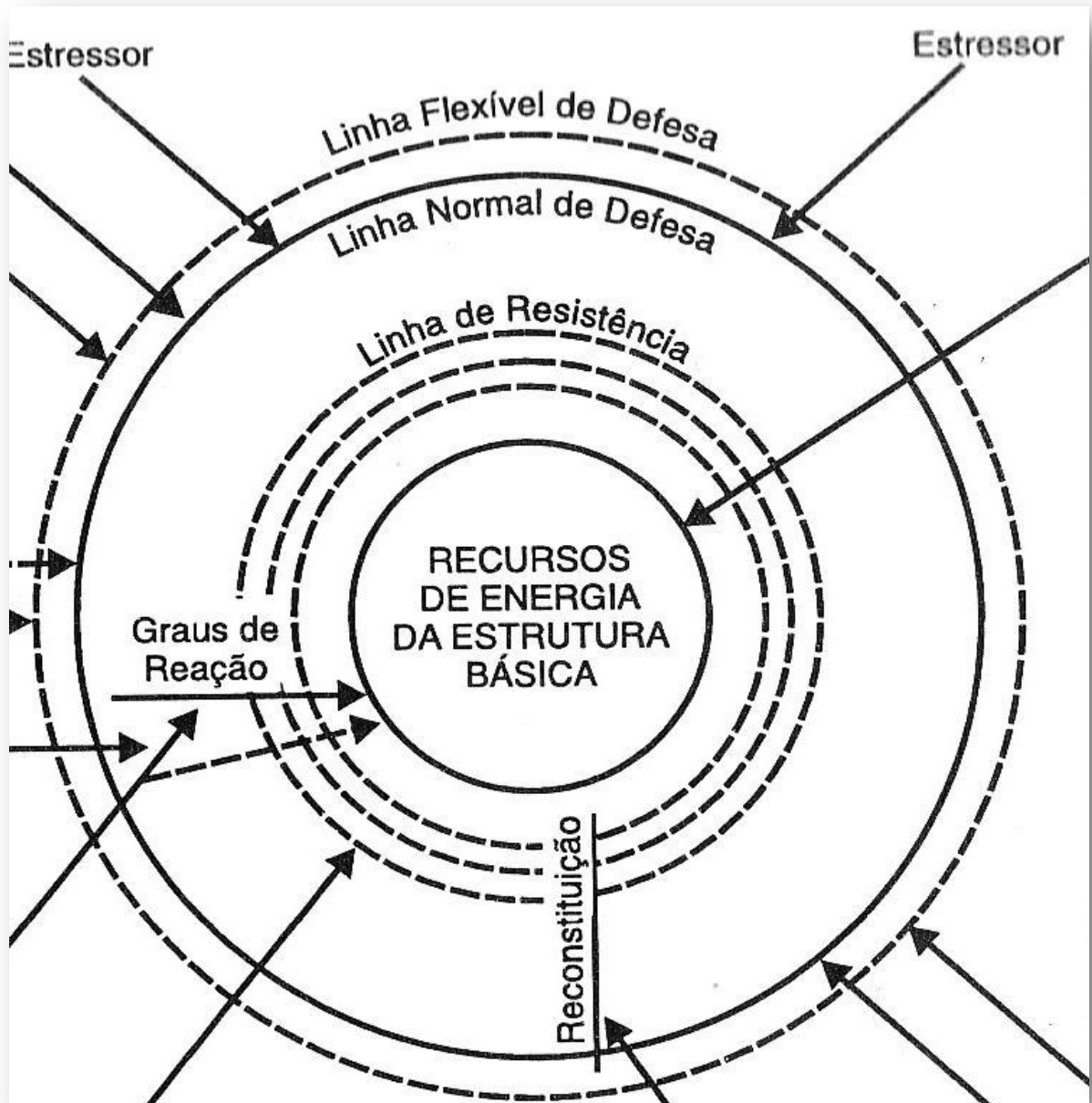
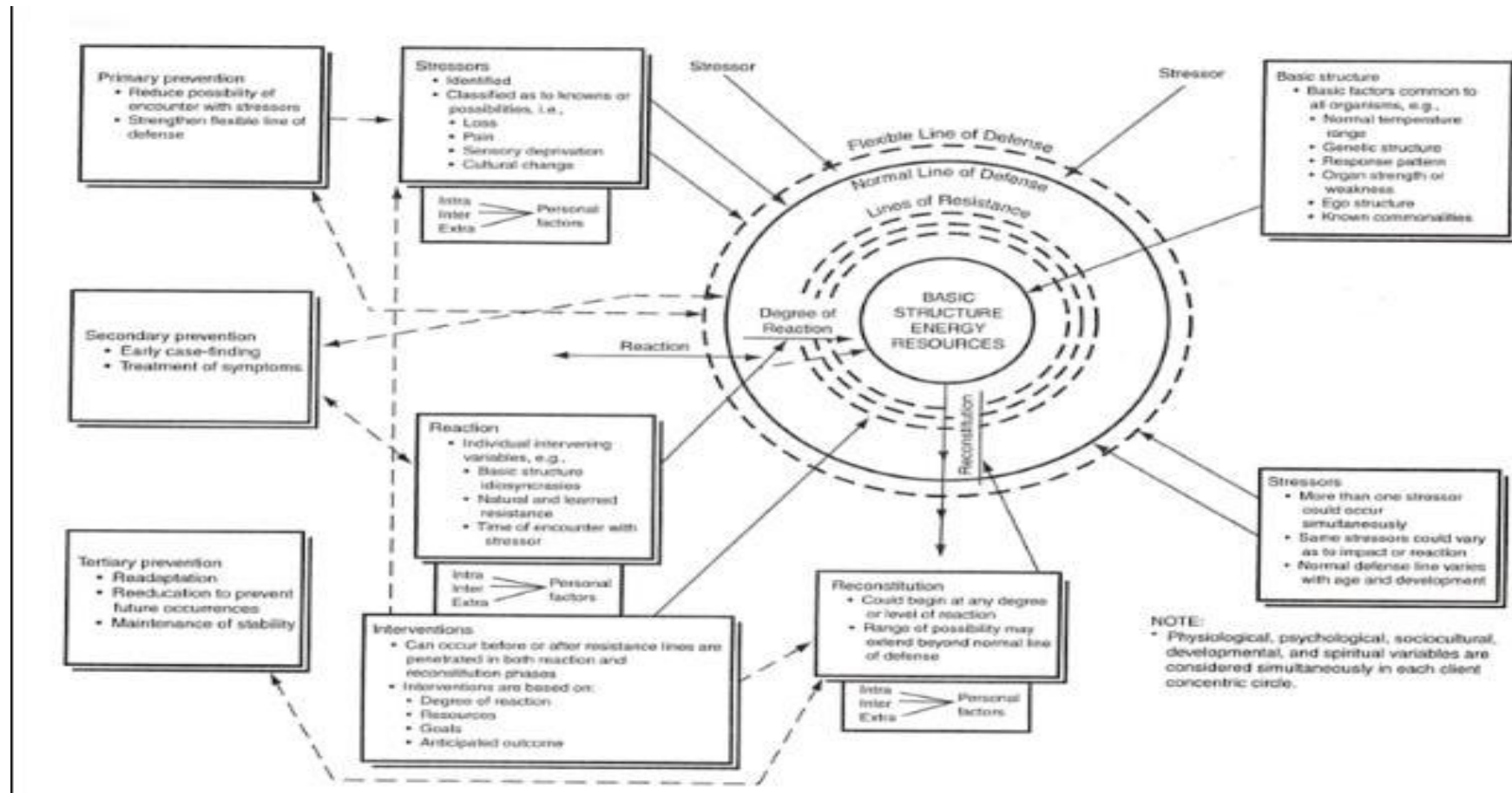


FIGURA 16-1 Modelo de Sistemas de Neuman. (De Neuman, B. [1995]. The Neuman Systems Model [3rd ed] [p.17]. Norwalk, CT: Appleton & Lange.)

Apêndice II



The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

APÊNDICE VII-

SESSÃO DE RELAXAMENTO (PLANIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO)

TÉCNICA DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Discente: Sandra Rodrigues

A técnica de relaxamento progressivo, segundo Edmund Jacobson, tem como base'' a ideia de que a tensão estava relacionada com a contração da fibras musculares- o que equivalia ao facto de as pessoas relatarem uma sensação subjetiva de ansiedade- e ainda que a ansiedade podia ser eliminada caso se eliminasse a tensão muscular'' (Larouse,P.A 1992)

O treino de relaxamento baseia-se essencialmente na aprendizagem da contração e descontração de vários grupos musculares, que através da sua tensão, irão chegar ao relaxamento. Este pode ser utilizado individualmente ou anexado a outras técnicas terapêuticas, mas está sobretudo indicado para pessoas que demonstram um elevado grau de tensão (mais usualmente a ansiedade, irritação, insónias) (Larouse,P.A 1992). Em 1929, Edmund Jacobson, médico norte-americano, descreveu a sua técnica de relaxamento muscular progressivo que se baseava na premissa de que o corpo responde com tensão muscular e a pensamentos ou a experiências que provocam ansiedade.

Segundo Davis,M.et al.(1982) , a eficácia contra os sintomas de tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga e espasmos musculares e pressão arterial elevada, tiveram resultados muito eficazes com a técnica defendida por Jacobson.

Na técnica do relaxamento muscular progressivo, os músculos mais trabalhados, serão:

- Mãos e antebraços
- Cabeça rosto, ombros, olhos nariz e pescoço
- Tórax, barriga e parte inferior das costas
- Coxas, nádegas, pernas e pés

O posicionamento mais frequentemente utilizado é em posição deitado ou sentado mas com cabeça apoiada e de olhos fechados. Segundo Davis,M.et al.(1982) ,nesta técnica cada grupo muscular tem de ser tensionado entre 5-7 segundos, e posteriormente relaxado entre 20-30 segundos. A repetição muscular tem de ser feita, pelo menos uma vez.

Descrição da técnica, segundo a interpretação de Davis, M. et al.(1982) , segundo a teoria do relaxamento muscular progressivo de Edmund Jacobson:

Colocar-se numa posição confortável e relaxar, Primeiramente feche a mão, cada vez com mais força, examinando a tensão enquanto realiza o movimento. Mantenha-a fechada e

observe a tensão na mão e no antebraço. Agora relaxe. Sinta o relaxamento na sua mão direita e perceba o contraste com a tensão. Repita o procedimento com a mão direita, sempre observando, enquanto relaxa, que este processo é o oposto da tensão- relaxe e sinta a diferença. Repita o processo com a mão esquerda, depois com as duas mãos ao mesmo tempo.

Agora faça uma flexão dos cotovelos e tencione os bíceps. Tencione-os o máximo que puder e observe a sensação de tensão. Relaxe ambos os braços e endireite-os. Deixe o relaxamento aumentar e sinta a diferença. Repita este e todos os procedimentos, pelo menos uma vez. Agora concentre-se na cabeça, enrugue a testa o máximo que conseguir. Agora relaxe-a e deixe-a ficar lisa. Imagine a testa e o couro cabeludo a ficarem lisos e relaxados. Agora franza as sobrancelhas e sinta a tensão a espalhar-se pela testa. Solte e deixe as sobrancelhas novamente relaxadas. Agora, feche os olhos e aperte-os. Perceba a tensão. Relaxe os olhos. Mantenha-os suave e confortavelmente fechados. Agora aperte os maxilares, mordendo com força e repare na tensão exercida nos maxilares. Relaxe os maxilares. Quando os maxilares estiverem relaxados, os lábios permanecem ligeiramente afastados. Perceba o contraste entre a tensão e o relaxamento. Agora pressione a língua contra o céu-da-boca. Sinta a dor na parte de trás da boca. Relaxe. Pressione os lábios, enrugue-os formando a letra O. Relaxe os lábios. Observe a testa, o couro cabeludo, os olhos, os maxilares, a língua e os lábios relaxados.

Incline a cabeça para trás o máximo que puder sem sentir desconforto e observe a tensão no pescoço. Gire-o para a direita e sinta a mudança do local de tensão, gire-o para a esquerda. Endireite a cabeça e incline-a para a frente, pressionando o queixo contra o tórax. Sinta a tensão na garganta, na parte de trás do pescoço. Relaxe, retorne a cabeça para uma posição confortável. Agora, encolha os ombros. Mantenha a tensão enquanto afunda a cabeça entre os ombros. Relaxe os ombros. Deixe-os soltos e sinta o relaxamento espalhando-se pelo pescoço, garganta e ombros, Deixe todo o seu corpo relaxado. Sinta o conforto e o peso. Agora inspire e encha completamente os pulmões. Prenda a respiração. Perceba a tensão. Agora expire, deixe o tórax ficar solto, deixe o ar sair. Continue a relaxar, respirando livre e suavemente. Repita algumas vezes, observando que a tensão abandona o corpo enquanto você expira. A seguir, entese o estomago e mantenha. Inspire profundamente pelo estomago, empurrando a mão para cima. Segure e relaxe. Sinta o contraste de relaxamento enquanto o ar sai. Agora arqueie as costas, sem

tencionar. Mantenha o resto do corpo tão relaxado, quanto possível. Concentre-se na tensão da região inferior das costas. Agora relaxe cada vez mais.

Contraia as nádegas e as coxas, Flexione as coxas forçando os calcanhares para baixo, o máximo que puder. Relaxe e sinta a diferença. Agora incline os dedos dos pés para baixo, tencionando o tríceps sural. Analise a tensão. Relaxe. Agora incline os dedos dos pés na direção do rosto, criando tensão. Relaxe novamente. Sinta o peso em toda a parte inferior do corpo, enquanto o relaxamento fica cada vez mais profundo. Relaxe os pés, tornozelos, joelhos, coxas e nádegas. Agora deixe o relaxamento espalhar-se até à barriga, região inferior das costas e tórax. Solte-se cada vez mais. Sinta o relaxamento, aprofundar-se nos ombros, braços e mãos. Cada vez mais. Experimente a sensação de liberdade e relaxamento no pescoço, maxilares e em todos os músculos faciais.

Referências Bibliográficas


Martha, D; Eshelman, E.R ;Mckay, M.- **Manual de Relaxamento e Redução do Stress**, 1982, summus editorial, 2ªedição

Larousse,P.A- **Nova Enciclopédia Larousse**, 1998,Círculo Leitores

Plano de Sessão

Identificação da Sessão:

Serviço S 

<i>Curso:</i>	Técnicas Terapêuticas	Data Inicio: 09-05-2015 Data Fim: 06-06-2015
<i>Módulo</i>	Relaxamento Muscular	Data Inicio: 09-05-2015 Data Fim: 09-05-2015
<i>Tema da sessão:</i>	Relaxamento Progressivo de Jacobson	Sessão nº: 1
<i>Coordenador e Formadores:</i>	Enfª  Sandra Rodrigues	Horário: 11:00h Duração: 50 minutos
<i>Objetivo Geral</i>	Aumentar o bem estar e relaxamento muscular dos utentes	
<i>Competências a Desenvolver</i>	No final da sessão o utente deve sentir-se relaxado e calmo, com base na prática dos exercícios efetuados durante a técnica..	
<i>Objetivo Específico</i>	Promover o bem-estar, Estimular a capacidade de concentração; Reduzir os níveis de ansiedade, Diminuir a insónia e cansaço,	

	Motivar para a importância do relaxamento, Melhorar a relação terapêutica com o utente.
<i>Pré-Requisitos e Participantes</i>	Utentes autónomos e que não apresentem atividade delirante produtiva.
<i>Equipamentos a Utilizar</i>	Computador portátil, Cd com música relaxante, Colchões

Fase	Objetivos específicos	Temas	Recursos didáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Duração Estimada	Avaliação
<i>Introdução</i>	No final da introdução os utentes deveram ser capazes de: demonstrar oralmente o interesse pela sessão em menos de 2min.	- Apresentação do formador; - Verificação dos pré-requisitos. - Motivar os formandos; - Comunicação dos objetivos; - Breve introdução ao Tema -Avaliação da TA e FC	- Apresentação Oral	- Métodos: interativo e interrogativo. - Técnicas: questões orais.	10 min	Avaliação Diagnóstica - Questões orais aos formandos
<i>Desenvolvimento</i>	No final do desenvolvimento os formandos devem: -Apresentar TA diminuída ou igual ao início da sessão - -Identificar a técnica -Apresentar FC diminuídas.	1. Gerir o ambiente: Estimular capacidade de interação entre utentes, 2. Reunir o material necessário 3. Explicar o procedimento e como decorrerá a atividade 4. Instruir os utentes 5. Assistir os utentes no posicionamento 6. Iniciar a técnica (anexoI)	- Apresentação Oral	- Métodos: interativo, demonstrativo e ativo. -Técnicas: questões orais, demonstrativa.	25 min	Avaliação Formativa, no final da sessão, a realização de questões orais, e da observação.

Conclusão

No final da conclusão os formandos deveram ser capazes de:

- Realizar descrição da técnica;
- Esclarecer dúvidas com o formador de modo a não restarem quaisquer questões relativas aos objetivos da sessão;
- Sintetizar duas das principais ideias da sessão.

- Síntese e reformulação das principais ideias da sessão
- Período para esclarecimento de questões
- Avaliação das Aprendizagens
- Fecho da sessão.

- Apresentação *Oral*

- Métodos: interrogativo e interativo

- Técnicas: questões orais, avaliação de parâmetros

10 min

Avaliação Sumativa (para determinar a eficácia da formação)

- Registo dos sinais vitais e comentários dos utentes.

Alternativas previstas:

- Em caso de avaria do equipamento ou de falha elétrica, a sessão decorre com auxílio do documento em suporte de papel

Relaxamento Progressivo (Jacobson 1964)

Relaxamento através de tensão e relaxamento dos vários grupos de músculos do corpo. Aproveita-se nesta técnica o relaxamento natural que acontece depois de uma tensão forte no músculo.

Observações gerais:

- O relaxamento progressivo é uma técnica em que 16 grupos musculares são relaxados um depois do outro. Cada grupo é primeiro tenso e depois largado várias vezes, conseguindo um relaxamento cada vez mais profundo do grupo muscular;
 - Exige uma posição confortável, numa cadeira ou deitado com almofada a apoiar o pescoço;
 - A sequência tensão-relaxamento de cada grupo muscular é repetida até conseguir o relaxamento nos músculos em questão, igual ao relaxamento nas partes já relaxadas;
 - É importante que o largar da tensão nos grupos musculares não seja lento mas repentino;
 - Dê-se tempo para sentir os indicadores do relaxamento: calor ou peso;
 - O treino é essencial. Relaxar é como qualquer outra aptidão que se aprende;
 - O relaxamento depois pode ser utilizado como resposta às sensações de tensão ou ansiedade;
 - Deve-se tentar ficar imóvel durante o exercício e de olhos fechados;
 - Tentar privilegiar a respiração abdominal em vez da torácica. (WEELLING, 1999)
-
- **Procedimento:**
 - Gerir ambiente: organizar a sala
 - Reunir o material necessário
 - Motivar para a participação das pessoas
 - Explicar dinâmica e objetivos da atividade aos participantes
 - Remover mobiliário de modo a proporcionar espaço
 - Diminuir ruídos externos (fechar a porta, desligar o rádio)
 - Diminuir luminosidade (cerrar as cortinas)
 - A temperatura do ar deve ser amena
 - Escolher um som ambiente agradável (na impossibilidade, preferir o silêncio)

- Explicar aos utentes como decorrerá a actividade
- Instruir os utentes:
 - A procurarem uma posição confortável, numa cadeira ou deitado de barriga para cima com os braços estendidos paralelamente ao corpo, e com as pernas descruzadas, e uma almofada a apoiar o pescoço
 - Para usarem roupa confortável e não limitante
 - Que é importante que o largar da tensão nos grupos musculares não seja lento mas repentino
 - Que tentem não se mover durante o exercício, mantendo os olhos fechados
 - Que tentem respirar utilizando o abdómen e não o tórax
 - Que esta técnica de relaxamento pode ser utilizada como resposta às sensações de tensão ou ansiedade
- Assistir os doentes no posicionamento em posição confortável
- Iniciar técnica de relaxamento.

Técnica de relaxamento progressivo de Jacobson

Iniciar a técnica de relaxamento falando calma, suave e pausadamente:

“Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Testa: *Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa subindo-a para cima... sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (pausa). Agora pode relaxar muito lentamente focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.*

Olhos: *Feche os olhos apertando-os com força... sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.*

Face: *Force um sorriso, todos os músculos da face e boca estão tensos... os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (pausa). Relaxe agora esses músculos... Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.*

Queixo: *Aperte os dentes com força... sinta os músculos contraídos, tensos... (pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e se relaxam.*

Pescoço: *Contraia os músculos do pescoço... sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... os músculos estão tensos... (pausa). Relaxe lentamente o pescoço... os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.*

Membros superiores: *Levante o seu braço direito e com o seu punho fechado faça força... o seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial... sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.*

Levante o seu braço esquerdo, e com o seu punho fechado faça força... o seu braço está o mais rígido que pode, está tenso desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.

Membros inferiores: *Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contracção do pé até à coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.*

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... Sinta a contracção do pé até à coxa... (pausa). Relaxe a sua perna esquerda e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Região dorsal: *Arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados.*

Região torácica: *Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contraí-lo como se quisesse reduzir os pulmões... Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.*

Região abdominal: *Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão em redor do umbigo... (pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.*

Região sacro-coccígea: *Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o chão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.*

Está completamente relaxado... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está solto e totalmente relaxado... mantenha os olhos fechados... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... Inspire novamente... Expire o ar lentamente...

Permaneça deitado apreciando o seu estado de relaxamento.

Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se lentamente.”

○ **Avaliar a atividade:**

- Avaliação da TA e FC
- Questão sobre a importância da sessão e cada utente deve fazer referência a 2 sentimentos.

Justificação e Avaliação da atividade "Relaxamento progressivo de Jacobson"

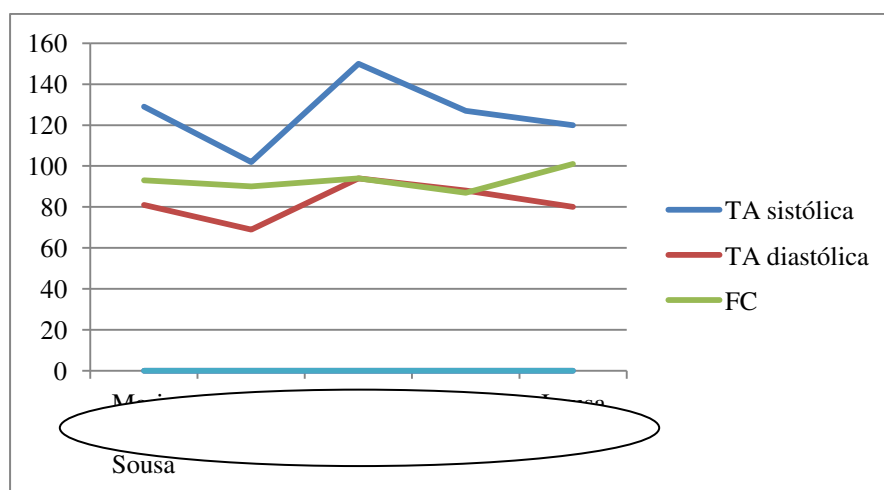
O relaxamento progressivo é uma técnica em que 16 grupos musculares são relaxados um depois do outro. Cada grupo é primeiro tenso e depois largado várias vezes, conseguindo um relaxamento cada vez mais profundo do grupo muscular;

A sequência tensão-relaxamento de cada grupo muscular é repetida até conseguir o relaxamento nos músculos em questão, igual ao relaxamento nas partes já relaxadas;

O posicionamento mais frequentemente utilizado é em posição deitado ou sentado mas com cabeça apoiada e de olhos fechados. Segundo Davis, M. et al. (1982), nesta técnica cada grupo muscular tem de ser tensionado entre 5-7 segundos, e posteriormente relaxado entre 20-30 segundos. A repetição muscular tem de ser feita, pelo menos uma vez.

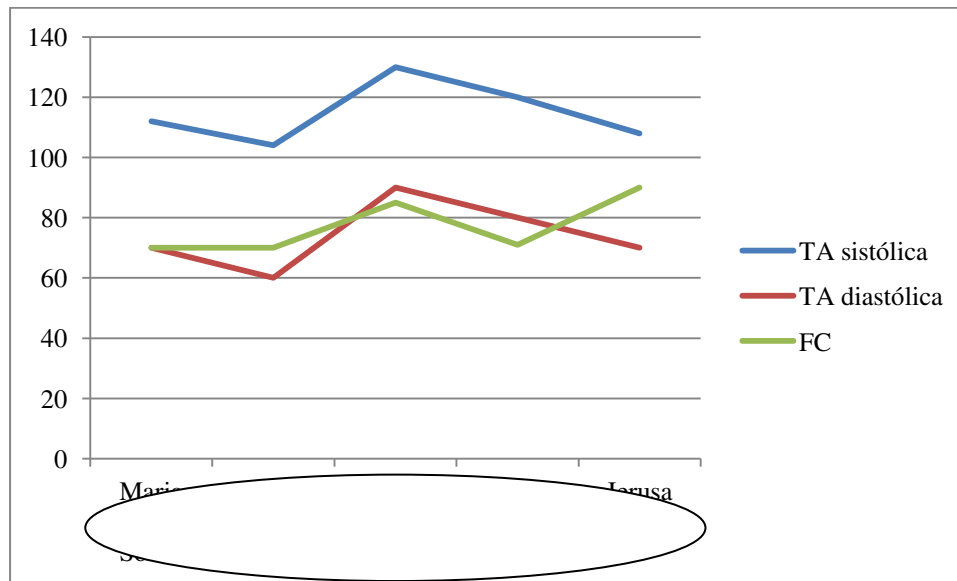
Antes do Relaxamento muscular

Utente	TA sistólica	TA diastólica	FC
Sra. M.I.S.	129	81	93
Sra. H.	102	69	90
Sra. V.	150	94	94
Sra. I	127	88	87
Sra. J	120	80	101

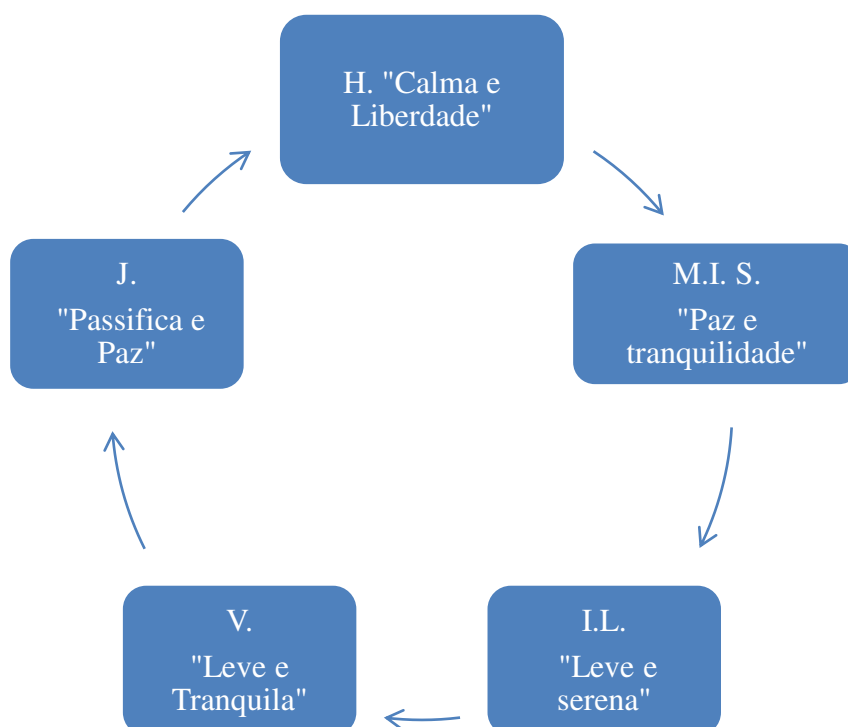


Depois da realização da técnica do relaxamento muscular:

Utente	TA sistólica	TA diastólica	FC
M.I.S.	112	70	70
H.	104	60	70
V.	130	90	85
I.L.	120	80	71
J.	108	70	90



Comentários finais dos participantes:



As terapias de relaxamento, promovem aos participantes, o alívio da tensão física e psíquica. (Payne,2003) define o relaxamento como “ *um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo*”.

Existem vários tipos de técnicas de relaxamento, e para a escolha das mesmas, foram criados os seguintes critérios baseados em determinadas características (Payne, 2002):

- Ser de fácil aprendizagem e aplicação;
- Não exigir conhecimentos especializados por parte do terapeuta;
- Não requerer equipamento difícil de manusear;
- Passível de utilizar em grupos pequenos;
- Servir para todas as idades.

O “Relaxamento” normalmente é usado no contexto de alívio da tensão muscular e por sua vez uma diminuição da ansiedade conforme afirmam (Borges e Ferreira, 2013) que o seu “objetivo é dotar a pessoa de habilidades para controlar a sua própria ativação fisiológica e confrontar as situações que provocam stress e ansiedade”. Contudo, o relaxamento apresenta uma dimensão mental e física. Para Payne (2002) que define o relaxamento como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”.

Pode dizer-se que o relaxamento tem três objetivos (Titlebaum, 1988, cit. por Payne, 2002):

- ❖ Como medida preventiva, para proteger os órgãos do corpo de desgaste desnecessário e, em particular, os órgãos envolvidos em doenças relacionadas com o stress (Selye 1956, 1974);
- ❖ Como tratamento, para ajudar a aliviar o stress em condições como hipertensão essencial (Patel & Marmot, 1988), cefaleia de tensão (Spinhoven e tal, 1992), insónia (Lichstein, 1983), asma (Henry et al, 1993), deficiência imunológica (Antoni e tal, 1991), pânico (Ost, 1988) e muitas outras;
- ❖ Como competência de lidar com o stress, para acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz. Assim, como o stress pode prejudicar mentalmente a pessoa, o relaxamento pode ser uma forma de repor a clareza do pensamento. Descobriu-se inclusivamente que a informação positiva armazenada na memória se torna mais acessível quando uma pessoa está relaxada (Peveler & Johnston, 1986).

Relativamente à avaliação da atividade efetuada, foi de encontro às minhas expetativas, ou melhor superou as minhas expetativas. Tive algum receio, pois foi a primeira vez que executei o relaxamento com os utentes, não sabia se algum utente durante a técnica não querer continuar ou mesmo não se sentir confortável no decorrer da mesma. Esta possibilidade foi discutida com a

Enfª Olívia no dia anterior, e com a sua calma, referiu que pode ser contornado, pedindo para se retirar e continuava com os restantes participantes.

Uma das participantes que não aceitou ficar na posição de deitada, porque a incomodava e também não quis fechar os olhos. Neste caso foi-lhe dada a possibilidade de participar sentada, na cadeira e acabou por se integrar no grupo e interagir.

Em termos de resultados, observa-se uma ligeira diminuição dos valores tensionais, ou se mantiveram inalterados. A grande diferença foi a nível das frequências cardíacas que, todas diminuíram, sem exceção.

Os comentários das utentes na parte final da sessão, foram muito gratificantes, pois todas as utentes interagiram entre elas e isso era um dos objetivos desta sessão.

Em relação aos sentimentos que surgiram em mim, antes, durante e após foram muito diferentes. Antes da sessão, na sua elaboração, estive sempre muito concentrada na parte da documentação e organização para ter um guia o mais organizado possível de modo a orientar-me, para que tudo corresse o melhor possível. Tive ainda o apoio da Enfª Olívia que de certo modo me deu algum conforto e transmitiu calma, reforço positivo e que tudo iria correr bem. O reforço positivo nesta situação de stress para mim, foi determinante para me acalmar e confortar. Senti medo por algum passo falhar da minha parte, de não conseguir transmitir calma, de falhar ao declamar o texto, de não ter um tom de voz agradável. O medo que sinto é geralmente de situações não planeadas ou planeadas que nunca executei. Não conheço o suficiente das minhas barreiras interiores, para me diminuir estes medos que referi anteriormente. Durante a técnica este medo foi-se atenuando, ter-me apercebido que realmente estava a provocar naqueles utentes um momento prazeroso, calmante, fez com que me acalmasse também. Recorri à observação direta durante o relaxamento, enquanto falava e eu própria me senti menos ansiosa a falar mais pausadamente.

Apos ter acabado o relaxamento, senti paz, tal como descrevem as utentes que participaram. O sorriso é uma das manifestações mais evidente em mim, a minha expressividade, é como se fosse um meio de comunicação. Quando me sinto confiante e calma, o meu sorriso é contagiante. Pelo menos é assim que o sinto e senti quando finalizamos a sessão e ficámos em grupo a partilhar os sentimentos ou emoções sentidas. O sorriso das utentes foi a recompensa, porque mesmo com o seu sofrimento, pelo período de doença em que se encontram, já houve aquele momento que as fez sorrir e esse momento partilhado comigo. Valia a pena se assim não tivesse sido, pela aprendizagem e saber que sou capaz, que é importante sabê-lo.

A sessão de relaxamento, foi uma escolha realizada por mim, por se ajustar aos utentes que se encontram no SETA, em situação de crise e a ansiedade ser uma característica transversal a esta

situação. Considerei que os diferentes motivos que desencadeiam a crise poderá ser apenas um período ou ainda segundo (Berlinck & Àvila,2014) “uma passagem de uma situação a outra, gerando um reposicionamento, geralmente acompanhado de sentimentos de desconforto, inquietação e angústia diante da frequente desorganização que se instala”. Assim, considerei ser pertinente a sessão para que estes sentimentos sejam ultrapassados o mais rapidamente e com o maior sucesso possível.

APÊNDICE VIII-

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE OBJETOS E RESPETIVA
AVALIAÇÃO

Sessão da identificação através de objetos:

Objetivos da sessão:

- Promover o auto-cuidado: atividade recreativa
- Promover o bem-estar
- Promover a interação social
- Promover a comunicação expressiva
- Facilitar a expressão de emoções
- Promover a imaginação e criatividade
- Promover a auto-estima

Procedimento:

Gerir ambiente: organizar a sala, com musica ambiente, com o objetivo de se sentirem relaxados e participar na atividade de uma forma o mais espontânea possível.

Reunir o material necessário e distribuir numa mesa os diferentes objetos;

Motivar para a participação das pessoas;

Explicar dinâmica e objetivos da atividade aos participantes

Pela ordem em que estão sentados os participantes devem levantar-se, dirigir-se à mesa e escolher um objeto com o qual se identificam, pegando nele, e dizer qual é esse objeto”. De seguida pegam num outro objeto exposto na mesa, com o qual não se identificam ou gostam menos e dizem apenas o nome do objeto. O participante deve voltar a sentar-se e memorizar os seus dois objetos. Todos os participantes devem fazer este 1.º Passo. Um enfermeiro deve registar os dois objetos que cada participante escolhe, num suporte de papel.

Devemos deixar claro que o objeto do qual gostamos, com o qual nos identificamos, que significa algo de positivo, que tem um conotação boa. O objeto que não nos identificamos, tem de ser algo de que não gostamos, algo negativo.

O Enfermeiro que dirige a atividade deve abordar cada participante e questionar qual o objeto que escolheu como o preferido e qual o objeto que escolheu para dizer o que menos gosta. Deve questionar o participante acerca do significado das suas escolhas, o porquê das suas escolhas, porque não outras, o que representa para si o objeto.

No caso de ser mais fácil para os participantes dizer porque escolheram cada objeto, ou se o enfermeiro sentir que está a ser difícil para o participante descrever, pode auxiliar com algumas questões.

Exemplo:

Objeto	Perguntas
Tabaco/Maço de Tabaco vazio	<p>Porque escolheu este objeto ?</p> <p>É fumador? Não é?</p> <p>Há quanto tempo? Porque?</p> <p>Não queria deixar de fumar?</p> <p>Já alguma vez fumou?</p> <p>Sabe os malefícios do tabaco?</p>
Sapatos	<p>Porque escolheu este objeto?</p> <p>Indica um caminho? Qual é o seu caminho?</p> <p>Onde começou o seu caminho?</p> <p>Não quer ir para nenhum lado?</p>
Dinheiro	<p>Porque escolheu este objeto?</p> <p>Indica profissão/salário?</p> <p>É rico ou pobre? Trabalhava e ganhava um bom salário?</p> <p>Quais as diferenças entre os ricos e os pobres?</p> <p>Gostaria de ser rico? Isso traria felicidade?</p>
Chaves	<p>Porque escolheu este objeto?</p> <p>Significa fechar ou abrir?</p> <p>Fechar o quê? Ou: Abrir o quê?</p> <p>Sabe que está fechado no Hospital? Compreende isso?</p>
Folha de papel	<p>Porque escolheu este objeto ?</p> <p>Para que serve?</p> <p>Quer escrever alguma coisa? Para alguém?</p>

	<p>O que quer escrever?</p> <p>Não sabe escrever? Porque não aprendeu a escrever?</p> <p>Que escolaridade tem?</p>
Livro	<p>Porque escolheu este objeto?</p> <p>Gosta de ler? Qual o seu livro favorito? O que é que costuma ler?</p> <p>Porque não gosta de ler?</p> <p>Que significa a leitura para si?</p>
Relógio	<p>Porque escolheu este objeto?</p> <p>Que significa o tempo para si?</p>
Caneta	<p>Porque escolheu este objeto? Gosta de escrever? Escrever sobre o quê?</p>

A Avaliação da atividade consiste em solicitar a cada elemento do grupo que faça a sua apreciação da mesma, descrevendo como se sentiram ao longo da sessão: aspetos positivos e negativos e as maiores dificuldades.

Objeto que mais se identificam	Objetos para selecionar	Objeto que menos se identificam
1	Tabaco/maço de tabaco vazio	7
0	Par de sapatos	1
0	Dinheiro	0
4	Chaves	0
1	Folha de Papel	1
2	Livro	0
0	Jornal	0
1	Canetas	1
1	Cd música	0
0	DVD (filme)	0
0	Relógio	0

Resultados:

As chaves foram o objeto mais escolhido pelos participantes e o que menos se identificaram foi o tabaco.

Comentários:

“As chaves para mim significam que, quero abrir uma nova porta na minha vida e fechar esta que se abriu para vir para aqui!” Quero voltar a ter a minha vida organizada e quero voltar a ver o meu filho e estar bem para o educar” (sic), de uma mãe de um bebe de 15 meses com abusos de substâncias apos o nascimento do bebe. Após ter dito isto questionei o que significa o fechar e o abrir e se queria partilhar com o restante grupo. A utente partilhou a sua história de vida, uma utente do grupo começou a chorar no final, um choro que controlou e explicou, que a história a tinha comovido muito e que esperava que ela saísse rapidamente e bem para tratar do seu filho.

Para outro utente as chaves tinham o significado de abrir a porta da rua, para poder voltar a conduzir. Assim tinham duplo significado profissão condutor de veículos e a necessidade de ter sempre a chave presente para poder conduzir., por lhe lembrar a profissão que esperava voltar rapidamente a exercer e a chave para sair dali, mas não neste momento, só quando estiver bem, não me sinto bem ainda (sic). Se tivesse as chaves era sinal que já estava bem e isso ir fazer com que se sentisse livre.

O último utente que escolheu as chaves, respondeu que para ele as chaves significavam abrir a porta para ir embora, e para resolver problemas e ainda uma nova abertura (sic). Questionei que abertura era essa que esperava? Respondeu que era a abertura a uma vida nova, uma nova oportunidade! (sic).

Fiquei surpresa, tinha ideia do grupo ter mais fumadores ou ex-fumadores e com o facto de o tabaco ser o menos escolhido, apenas foi selecionado por uma utente que é fumadora e aproveitei para fazer algumas questões aos participantes que escolheram como o objeto que menos se identificaram, para falar dos malefícios do tabaco. Houve respostas como:

“ Passei a minha vida a fumar o tabaco dos outros em casa e estou farta de fumo, detesto fumo”, para esta utente o marido era grande fumador e veio mais tarde a ter um tumor da garganta! Tinha desabafado comigo esta angústia que tinha com o facto de o marido nunca ter parado de fumar (sic).

Ainda em relação aos sapatos, foram colocados lá por nessa altura recebemos uma indigente, que escolheu como objeto que não se identifica. Aproveitei esse momento para questionar se queria ir a algum lado? Indica um caminho? Qual é o seu caminho? A utente respondeu que não queria ir a lado nenhum e que se sentia bem connosco, escolheu os sapatos porque não se sentia confortável com eles calçados, sentia-se presa, sem liberdade!

No final questionou cada utente o que tinha significado para eles e se tinha sido importante passarem aquele tempo na realização da atividade. Todos responderam, de uma forma geral gostaram e a utente que partilhou a sua história diz sentir-se mais leve e espera que sirva de exemplo, sentiu-me confortável.

Os utentes saíram felizes da sessão e questionam quando voltamos a realizar novas sessões? Sempre que tivermos oportunidade serão realizadas, não tanto quanto gostaríamos pois a realidade dos serviços não se compadece com tantas atividades assim, os enfermeiros não são suficientes para as necessidades e as atividades com os utentes vão ficando por fazer!

Atividades de expressão de emoções – Porquê?

As emoções e os sentimentos estão bastante presentes e eminentes nos doentes do foro psiquiátrico, tendo em conta a base da sua doença ou as suas vivências no momento.

A palavra emoção deriva de *e+movere* que significa “mover para fora”, “deslocar-se” ou “sair de si”. Deste modo, as emoções são reacções, com uma duração breve, que as pessoas apresentam perante determinados acontecimentos, nomeadamente em situações novas e inesperadas. De uma forma geral, pode definir-se emoção como “uma reacção global, intensa, súbita de resposta a uma situação” (Vitória, 2007).

Relativamente ao sentimento, podemos classifica-lo como uma consequência da emoção, pois, após a reacção espontânea da pessoa, representativa da emoção, verifica-se uma intelectualização desta com características mais duráveis, a qual é definida como sentimento. O sentimento é, então, algo que “preenche o interior da pessoa”, tal como a alegria e a tristeza, podendo, por isso, definir-se como um estado de carácter privado e que só pode ser observado através de ações ou demonstrações. Pelo contrário, as emoções diferenciam-se dos sentimentos por serem públicas, dirigidas para o exterior e claramente identificáveis. Outra divergência entre estes dois conceitos é a durabilidade, uma vez que as emoções são algo breve e repentino, enquanto os sentimentos se prolongam no tempo (*Idem*).

No nosso dia-a-dia, na vida em sociedade ou em pequenos grupos como a família ou os amigos, é importante conhecermos as nossas próprias emoções, bem como as das outras pessoas, aprender a lidar com elas e saber identificar sentimentos quando eles ocorrem. Estas aprendizagens são ainda mais relevantes quando falamos de pessoas portadoras de doenças mentais, que possuem, geralmente e em determinados momentos, os sentimentos e emoções mais evidentes e exacerbados. (*Ibidem*)

A psicoterapia adquire, desta forma, especial destaque, tendo como finalidades principais nesta área a condução do doente a reflexões sobre o funcionamento dinâmico das suas emoções, possibilitando assim a reconstituição do seu modo de ser, que se encontra circunstancialmente alterado, especialmente em situações de internamento em hospitais psiquiátricos (Ribeiro, 2009).

Desta forma, a execução de determinadas atividades com um fim terapêutico, tendo por base a psicoterapia, visa criar um clima recetivo e de confiança por parte do

doente que favoreça a livre expressão das suas emoções, sentimentos, angústias, dificuldades, medos e desejos. Pretende-se guiar o paciente ao seu próprio reconhecimento e à libertação de emoções e sentimentos que tenha guardados dentro de si e que desconheça. (*Idem*)

Durante as sessões de atividades terapêuticas, o paciente é, então, encorajado a averiguar e a expressar os seus sentimentos num ambiente acolhedor, o que deverá produzir um alívio e permitir que os aspetos vistos como maus possam ser aceites e integrados. Reconhecê-los e expressá-los permitem ao paciente um senso de maior domínio, além da oportunidade de poder escolher novos caminhos e formas mais saudáveis e funcionais de se comportar perante a vida e as situações conflituosas. (*Ibidem*)

Para doentes com maior dificuldade em expressar sentimentos e emoções, a psicoterapia tenta provocar um desbloqueio e mobilização dos sentimentos, reduzindo as resistências e defesas existentes e deixando o paciente mais sensível a mudanças. Este desbloqueio torna possível a expressão de pensamentos e sentimentos negativos que foram reprimidos pelo doente, o que pode causar um efeito intenso no momento em que estes são libertados, mas que trará resultados benéficos ao paciente a longo prazo (Silva, 2009).

A questão mais importante para o estudo das emoções é determinar não só a sua natureza e a sua causa, mas também o seu papel na tomada de decisões e na criação de sentimentos prejudiciais ao bem-estar do doente. As atividades que promovam a expressão de sentimentos e emoções têm, deste modo, um papel importante no auto-conhecimento e crescimento pessoal, numa perspectiva de recuperação da saúde e reabilitação dos desajustes que surgem como vicissitudes da vida diária e da história pessoal de cada indivíduo. (*Idem*)

APÊNDICE IX-

ELETROCONVULSOTERAPIA

A Electroconvulsoterapia

No início da semana e conforme combinado fui para o serviço de Electroconvulsoterapia, onde conheci toda a dinâmica do serviço, assisti a um dos tratamentos a uma utente já conhecida do serviço e pude perceber que numa fase em que as hipóteses farmacológicas e terapêuticas se foram esgotando, este tratamento pode ser a solução que resta a alguns utentes, sem grandes efeitos secundários. Senti-me receosa, antes de entrar na sala e assistir à descarga elétrica no utente, pois tinha uma ideia pré concebida que nada tem a ver com a realidade. o tratamento é muito rápido e a descarga são apenas alguns segundos (10 a 20 segundos) e o tempo de duração total é de 5 a 6 minutos. A imagem que criei em redor desta técnica, deste tipo de tratamento, tinha uma conotação muito negativista, talvez pela divulgação que teve no passado, nas descrições em filmes e reportagens que tinha observado anteriormente. É uma ideia completamente errada, após ter procurado informação sobre o tema. O cidadão comum terá certamente a mesma perceção que tinha até ter passado por esta experiencia e aprofundar um pouco a teoria e observar a prática.

Após a pesquisa no manual *“The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training and Privileging”* American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive therapy, Washington, 2001, um livro que relata que o tratamento consiste numa estimulação cerebral induzida por um estímulo elétrico controlado, com o objetivo de provocar uma convulsão modificada.

Os ECT'S é um tratamento que consiste numa indução de uma convulsão leve, de curta duração sob a vigilância medica e de enfermagem. É um tratamento realizado sob anestesia geral que vai induzir o sono. Não existe dor, é importante que se transmita esta aos utentes e familiares.

A ECT foi usada pela primeira vez por Ugo Cerletti, neuropsiquiatria de origem italiano no ano de 1938, com sucesso, após se ter observado que as convulsões melhoravam sintomas de determinadas doenças psiquiátricas.

Atualmente sabe-se que a ECT permite restaurar o equilíbrio de substâncias químicas cerebrais, cuja síntese e disponibilidade está alterada nas doenças psiquiátricas.

A técnica tem uma taxa de resposta mais elevada e mais rápida do que os antidepressivos. Em determinadas perturbações psiquiátricas pode ser logo a primeira opção de tratamento e, noutras, quando a farmacologia por si só não é eficaz ou o doente não tolerar os efeitos secundários dessa medicação. As indicações para realização de ECT'S são a depressão major com ou sem sintomas

psicóticos, doença bipolar (com ou sem sintomas psicóticos, com ciclos rápidos ou sintomas mistos), esquizofrenia, síndromes de agitação psicomotora e catatonia de diferentes causas, grávidas, doentes com idade avançada ou risco de suicídio.

Em relação aos efeitos adversos podem ser náuseas, dores de cabeça, dores musculares, confusão ou agitação nos 1ºs 30 a 60 minutos após o tratamento, alterações da memória temporárias ou até 3 semanas após o fim do tratamento e risco anestésico que é muito baixo. Ou seja não existem assim contraindicações absolutas, deve-se avaliar doentes com doenças cardiovasculares, endócrinas e neurológicas), para a decisão do tratamento ser efetuado ou não.

Durante esta manhã acompanhei ainda uma utente do SETA, que iniciou tratamento de ECT'S e tem vindo a progredir positivamente na sua recuperação. Apesar de não ser uma utente que me esteja atribuída, tenho observado a sua evolução muito positiva.

Após esta minha passagem pelo serviço, que foi mais um bónus a meu favor durante este percurso, considero que o enfermeiro tem papel muito importante durante a técnica e ainda mais importante no pós-tratamento, na fase do recobro, para a vigilância de todas as consequências.

Esta experiência foi positiva, mas mais descritiva, pois procurei saber mais a técnica e a sua consistência, tratamento e quando há indicação. A relação que se estabelece é muito reduzida pelo pouco tempo que se tem para estar disponível para tal. Mas mais uma vez a equipa de neuro fisiologistas, neurologistas, psiquiatras, anestesistas e nossos colegas foram muito recetivos á minha presença no serviço.

APÊNDICE X-

CONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS-ALTA



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

8º Curso de Mestrado de Natureza Profissional de Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria

Consulta de enfermagem pós-alta

Discente: Sandra Rodrigues nº192014027



2015



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU


8º Curso de Mestrado de Natureza Profissional de Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria

Consulta de enfermagem pós-alta

Discente: Sandra Rodrigues nº192014027

Orientadora de e 

Tutor de estágio: Professor Doutor Paulo Seabra

, 2015

SIGLAS

CHS- Centro hospitalar



CIR - Programa Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental

HD- Hospital de dia

SMP- Saúde mental e psiquiatria

UA- Unidade de ambulatório

UIDA- Unidade de internamento doentes de agudos

*“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo
e nunca se arrepende”.*

Albert Schweitzer

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	43
ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E TEORICO DE BETTY NEUMAN E DO MODELO DA TEORIA DOS SISTEMAS	44
CONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS-ALTA E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO.	47
DOCUMETOS A UTILIZAR NA CONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS-ALTA	49
CONCLUSÃO:	55
BIBLIOGRAFIA.....	56

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de especialização em saúde mental e psiquiatria da universidade católica portuguesa de lisboa. Desta forma o módulo I encontra-se inserido no curso e é referente à promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, a realizar-se na unidade de ambulatório do serviço de psiquiatria do CHS, no período compreendido entre 1 de setembro e 23 de outubro de 2015.

A minha participação na estruturação da consulta de enfermagem no pós-alta surgiu após ter conversado com a minha orientadora e ter percebido que fazia parte dos seus planos a sua elaboração no futuro e, foi então que me propus a aceitar este desafio. Nesta consulta pós-alta deverá ser realizada uma avaliação inicial e avaliação do estado mental, de forma a orientar as intervenções futuras e planeamento de intervenções especializadas para a obtenção dos melhores resultados, no âmbito do exercício da profissão de enfermagem especializada.

O objetivo geral da consulta de enfermagem é que todos os utentes que tenham alta da UIDA fiquem com consulta de enfermagem no momento da alta marcada.

Como objetivos específicos da consulta de enfermagem:

- Acolher o utente na entrevista inicial, esclarecer dúvidas, fornecer informações sobre as dinâmicas dos serviços fora do internamento que se encontram disponíveis.
- Levantar novos diagnósticos de enfermagem e dar continuidade aos já levantados pela equipa da UIDA, no pós-alta, identificando problemas, necessidades e alterações no utente;
- Planear e implementar intervenções de enfermagem especializada, caso haja necessidade e encaminhar para um acompanhamento individualizado (CIR) ou para HD (ateliers, treino de AVD'S, participação em sessões)
- Envolver a família e/ou pessoa significativa caso seja da vontade do utente.

Como modelo teórico para a estruturação da entrevista foi utilizado o modelo de Betty Neuman.

ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E TEORICO DE BETTY NEUMAN E DO MODELO DA TEORIA DOS SISTEMAS

A teórica Betty Neuman nasceu nos Estado Unidos da América em 1924, formou-se em Enfermagem em 1947 pela *School of Nursing* no Ohio. Mais tarde, em 1966, complementou a sua formação com o grau de Mestre em Saúde Mental e Consultoria em Saúde Pública, tornando-se uma das primeiras Enfermeiras a estudar a importância da Saúde Mental na comunidade. Obteve igualmente o grau de Doutora em psicologia clínica.

Ao longo da sua formação académica e profissional Betty Neuman desenvolveu o modelo de Enfermagem em que aborda “*a pessoa total*”, tendo a sua estrutura assente na capacidade de adaptação dos diversos sistemas. (BAZZO & MACIEL, 2007).

O modelo da Teoria dos Sistemas teve a sua origem ainda quando Neuman lecionava Enfermagem em saúde comunitária na Universidade da Califórnia. Tendo, inicialmente sido criado com o intuito de exemplificar os problemas vividos na Enfermagem aos estudantes em formação.

Influenciada por teóricas como Caplan e Von Bertalanffy, Neuman publicou pela primeira vez o seu modelo na *Nursing Research* em 1974. Sendo a publicação mais atual do ano de 1989 no *The Neuman Systems Model*.

A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman é baseada no modelo de sistemas aberto, em que “(...) o homem e o seu ambiente são o fenómeno básico, unificante para abordar a pessoa total.” (GEORGE, 2003). Sendo a pessoa considerada um sistema em interação com o ambiente, esta dinâmica é constante com a finalidade de encontrar um equilíbrio funcionante que Betty Newman definiu como Homeostasia, ou seja, a capacidade que o sistema tem de encontrar um estado de harmonia.

Esta teoria de Betty Neuman define, igualmente, a existência de stressores e a resposta da pessoa aos mesmos, ou seja, todas as situações que ocorrem no ambiente que rodeia o Homem, bem como os seus conflitos internos representam fatores que colocam em causa o equilíbrio do sistema. Para Betty Newman são identificados como principais stressores a dor, a mudança cultural, a privação sensorial e a perda. Assim, cabe ao Homem conseguir sinergias no próprio sistema que o permitam recuperar o seu equilíbrio, Homeostasia. Assim, a pessoa é considerada um sistema aberto em interação com o ambiente, sendo que ambos podem ser influenciados e se influenciam positiva e negativamente. O sistema pessoa/ambiente funciona de forma constante e dinâmica tentando encontrar um equilíbrio funcional e dando respostas aos diferentes stressores (internos ou externos) que tentam perturbar a estabilidade dos sistemas.

O sistema é, ainda, composto por três linhas diferentes. Linha normal de defesa que representa a estabilidade do sistema ao longo do tempo. Linha flexível de defesa que representa a circunferência maior do sistema e que primeiro tem contacto com o stressor, tentando que este tenha o menor impacto possível no restante sistema. Por fim a linha de resistência que tem como objetivo proteger a estrutura básica, ou seja, o Homem. Desta linha está, também, dependente a capacidade de reconstrução e readaptação do sistema. (Bazzo & Maciel, 2007).

No seu modelo Betty Neuman descreve, ainda, três tipos de prevenção. Prevenção primária, inclui todas as atividades que visam evitar a exposição do indivíduo/ população a um fator de risco ou causal potenciado de um mecanismo patológico (Jamouille & Jamouille, 2002).

Assim, este nível visa “ (...) *reduzir a incidência da doença, através do controlo dos factores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população.* ” (Alwan, 1997). A prevenção secundária tem por objetivo “ (...) a detecção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução” (Jamouille & Jamouille, 2002).

Por último, a prevenção terciária visa “ *reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos.* ” (Barker, 1998) e tem como objetivo “*(..) o tratamento (e controlo) das doenças crónicas*” (Fowler e Gray, 1983).

CONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS-ALTA E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO.

Esta consulta surge como uma necessidade do serviço para dar uma continuidade de cuidados ao utente que tem alta do serviço de internamento, pois houve por parte da equipa várias tentativas de melhorar a articulação do internamento com a UA. Neste seguimento e após algumas formações da equipa com vista a melhorar a articulação entre serviços e as notas de alta de enfermagem que chegam à UA, não se obteve resultados neste campo, assim, como solução para este problema, a equipa resolveu iniciar um projeto de implementação de consulta pós-alta de enfermagem. Outro motivo para a implementação desta consulta é o facto de existirem no serviço muitas altas precoces e por sua vez as recaídas e entrar no sistema de porta giratória. Surge no sentido de melhorar a monitorização dos utentes.

Até ao momento o que ficou acordado entre os responsáveis da UIDA, UA e HD, foi que todos os utentes que tenham tido alta do internamento ficam com uma consulta pós-alta de enfermagem, que tem que ser efetivada durante a 1ª semana após a alta. Consulta esta que só poderá ser realizada por enfermeiro especialista em saúde mental. O facto de ser realizada por enfermeiro especialista, pois este possui formação específica e diferenciada, e, tem a capacidade de gerar intervenções a vários níveis, tais como, psicoterapêutico, sociooterapêutico, psicossociais e psicoeducativas, e assim assistir o individuo com perturbação mental inserido nos diferentes contextos.

Porque a enfermagem se preocupa constantemente com a melhoria dos cuidados de saúde, na assistência ao utente e todo o processo de cuidar do individuo, a consulta pós-alta serve de estratégia para dar resposta e encaminhar os utentes, após uma avaliação logo após a alta e assim minorar as necessidades dos utentes. É vista como uma *“estratégia eficaz para a deteção precoce de desvios de saúde”*, e *“viabiliza o trabalho do enfermeiro (...) e “facilita a identificação de problemas”* (Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, & Lima, 2012) e assim definir com o utente as intervenções necessárias, e, como refere (Maciel & Araújo, 2003) que na consulta são identificados problemas de saúde ou doença, são traçados planos terapêuticos com o utente que vão contribuir para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do utente.

**DOCUMENTOS A UTILIZAR NA CONSULTA DE ENFERMAGEM
PÓS-ALTA**

Consulta de Enfermagem pós-alta



Nome:

Idade:

Proc nº :

Diagnóstico médico:

Médico Família:

Psiquiatra:

Localidade:

Contactos:

Pessoa significativa/contactos:

Admissão no serviço:

Motivo de internamento:

Motivo de internamento (de acordo com o utente):

Resumo do Internamento:

Internamentos anteriores:

Medicação pós-alta:



<u>Exame do estado mental após o internamento:</u>
Consciência: <i>flutuação do estado de consciência</i>
Atenção: <i>é captável e fixável? Mantém capacidade de concentração?</i>
Orientação: <i>Doente orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente?</i>
Memória: <i>Memória imediata, recente e remota aparentemente mantidas; não se verificando alterações quantitativas (amnesias) ou qualitativas (paramnesias).</i>
Percepção: <i>Existem falsas percepções (ilusões ou alucinações?) se sim, quais e caracterizar.</i>
Discurso e linguagem:
Pensamento: <i>quanto ao curso, forma, posse e conteúdo. Pensamento ordenado, com manutenção das associações entre ideias, racional. Manutenção da tendência determinante do discurso. Pensamento abstrato mantido.</i>
Vivência do Eu: <i>alterações na identidade do eu no espaço e tempo.</i>



Entrevista com base o modelo de Betty Neuman:

	Perceção do doente	Perceção da enfermeira
1. O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?		
2. Como é que isto tem afetado os seus hábitos de vida?		
3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?		
4. Como prevê o futuro em consequência da presente situação?		



(continuação)

5. O que está a fazer ou que pode fazer para se ajudar a si mesmo?		
6. O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si?		

Fatores stressores:

Fatores Intrapessoais	
Fatores Interpessoais	
Fatores Extrapessoais	

Recurso do utente para resolver fatores stressores:

Consulta de Enfermagem pós-alta



Plano de cuidados:

Data:	Focos/Diagnósticos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação

Observações:

Se houve necessidade de ser encaminhado (CIR, HD)

Data: _____

Enfermeiro: _____

CONCLUSÃO:

O planeamento desta consulta foi muito interessante para mim, pois fez-me rever alguns conceitos do modelo que seleccionei, após ter validado coma enfermeira orientadora.

Uma vez que esta consulta se enquadra num momento pós-internamento, é importante perceber junto do utente os fatores que interferem com o seu bem-estar e identificar os elementos stressores e trabalha-los futuramente.

É uma consulta pós-alta e preconiza-se que seja breve, para que o utente se sinta confortável e que tem como principal foco a promoção de uma relação de ajuda/confiança entre o utente/família e enfermeira, avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família e assim melhorar a acessibilidade aos nossos cuidados, encaminhar se for o caso e por tudo isto demonstrar a disponibilidade por parte da equipa

Como reflexão final importa, reconhecer a pessoa como ser bio-psico-social, cultural e espiritual em relação constante com o universo, com o qual tenta manter um equilíbrio. Por sua vez a saúde, e a Enfermagem, tem a responsabilidade e o objetivo de ajudar a pessoa a alcançar e manter o seu bem-estar. “ A preocupação com a saúde vai além da pessoa e do seu ambiente restrito, passa a ter uma dimensão globalizante, a nível da humanidade e do planeta.” (DANTAS, 2010).

.

BIBLIOGRAFIA

DANTAS, Fernanda - A Relação entre os factores sócio-demográficos e o nível de conforto da mulher com cancro da mama em tratamento com quimioterapia. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. [Consult. 7 OUT. 2015]. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8743/1/Tese%20%20A%20RELAÇÃO%20ENTRE%20OS%20FACTORES%20SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.pdf>

FREESE, B. - “Betty Neuman: Modelo de Sistemas”, in TOMEY A. E ALLIGOOD M., Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5.a Ed, Lusociência, Loures, p. 335-354; 2004.

GEORGE, J. - Teorias de Enfermagem para a Prática Profissional. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.

GEORGE, J. - Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à Prática Profissional, Artmed Editora, Porto Alegre; 2000.

Maciel, I. C., & Araújo, T. L. (março-abril de 2003). CONSULTA DE ENFERMAGEM: Análise de ações junto de programas de avaliação da hipertensão arterial. *Revista Latino-am Enfermagem*

Oliveira, S. K., Queiroz, A. P., Matos, D. P., Moura, A. F., & Lima, F. T. (Jan-Fev de 2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem: Reben*

APÊNDICE XI-

FOLHETO “SONO”

**Não esqueça que deve manter
o seu padrão de sono o mais
regular possível!**



**NÃO DEIXE QUE A
PREOCUPAÇÃO COM ESTE
PROBLEMA O IMPEÇA DE
USUFRUIR DA SUA VIDA E
PROCURAR AJUDA SEMPRE QUE
SINTA NECESSIDADE!**



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA · PORTO · VISEU



UNIDADE DE AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO
HOSPITALAR

Discente: Sandra Rodrigues (8º curso de Mestrado
ESMP da UCP)

Outubro 2015

Sono



INFORME-SE....

O que é o sono?

O sono é uma necessidade biológica. É muito importante para manter o bem estar, a produtividade, segurança e qualidade de vida. O sono é um processo ativo que alimenta e restaura as funções cerebrais e o corpo, sendo tão essencial como, comer, respirar.

A sua importância:

O sono é essencial para poder exercer as capacidades físicas e cognitivas, e, funcionar de uma forma efetiva, segura e produtiva. É importante para um crescimento saudável e torna possível viver uma vida completa. Dormir 7 a 9 horas durante a noite prepara a pessoa para poder exercer as atividades físicas e cognitivas durante os restantes 2/3 do dia.



As alterações do padrão de sono, acompanham alterações da atividade de vida, que podem ser:

- Fadiga ou mal estar
- Diminuição da atenção ou concentração
- Disfunção social ou vocacional/educacional
- Sonolência durante o dia;
- Perturbações do humor ou irritabilidade;
- Baixa motivação ou astenia;
- Maior incidência de erros ou acidentes;
- Problemas comportamentais como agressividade, impulsividade, hiperatividade,
- Preocupação contínua sobre o seu estado de sono

PENSO
logo, não consigo
dormir...

Conselhos sobre hábitos/comportamentais de sono

“Sleep hygiene”:

10 regras para um sono tranquilo:

Regra 1- Durma só o necessário para se sentir descansado e depois levante-se.

Regra 2- Elabore um esquema regular de sono

Regra 3- Evite forçar o sono

Regra 4- Faça exercício regular durante pelo menos 20 minutos (4-5h antes de deitar)

Regra 5- Evite bebidas com cafeína

Regra 6- Evite álcool antes de dormir

Regra 7- Evite fumar, especialmente à noite

Regra 8- Não se deite zangado

Regra 9- Ajuste o ambiente do quarto

Regra 10- Resolva os seus problemas antes de se deitar

APÊNDICE XII-

FOLHETO “ANSIEDADE”

Não esqueça que deve:

Saber indentificar os sinais da ansiedade;

Não entrar em pânico;

Fazer tratamento farmacológico caso esteja indicado pelo seu médico e recorrer ao SOS;

Procurar os profissionais de saúde.



**NÃO DEIXE QUE A
PREOCUPAÇÃO COM ESTE
PROBLEMA O IMPEÇA DE
USUFRUIR DA SUA VIDA E
PROCURAR AJUDA SEMPRE QUE
SINTA NECESSIDADE!**



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA - PORTO - VISEU



UNIDADE DE AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO
HOSPITALAR

Discente: Sandra Rodrigues (8º curso de Mestrado
ESMP da UCP)
Outubro 2015

Ansiedade



INFORME-SE....

O que é a Ansiedade?

A ansiedade é uma condição psicológica em que o indivíduo se encontra num estado desagradável. Faz parte da vida psicológica normal e **prepara o indivíduo para lidar com situações** potencialmente danosas, determinando **alterações no comportamento**.

Cerca de 14,5% da população portuguesa sofre de ansiedade. Existem diferentes tipos de ansiedade.



Tem características específicas:

- Sentimentos de perigo ou ameaça;
- Infelicidade sem causa conhecida;
- Palpitações;
- Pele pálida;
- Falta de ar;
- Aumento da transpiração;
- Pupilas dilatadas e voz trémula;

Como ajudar a prevenir o agravamento destes sintomas?

Utilizar métodos de relaxamento é uma forma fácil de diminuir a tensão e atingir um estado de tranquilidade agradável.

Aprenda a técnica da respiração profunda(Townsend):

- 1- Pode sentar-se ou deitar-se numa posição confortável, assegurando-se que a coluna se encontra direita;
- 2- Coloque uma mão no peito e outra no abdomen;
- 3- Inspire lenta e profundamente pelo nariz. Deve deixar o abdomen expandir e empurrar a mão. O toráx move-se ligeiramente;
- 4- Na inspiração máxima (nariz), sustenha a respiração alguns segundos antes de expirar;
- 5- Expire pela boca lentamente, colocando os lábios como se assobiasse. Franzir os lábios ajuda no control da velocidade, com que expira e mantém as vias aéreas abertas por mais tempo;
- 6- Sinta o abdomen a diminuir à medida que os pulmões vão esvaziar o ar;
- 7- Recomece o ciclo de inspiração-expiração novamente;

Concentre-se no som e sensação da sua respiração à medida que vai ficando mais relaxado;

8- Continue com os exercicios de respiração profunda por 5 a 10 minutos de cada vez.

Uma vez dominada, a técnica pode ser usada tão frequentemente quanto necessário para alivio da sua tensão!

Importante não esquecer de inspirar pelo nariz e expirar pela boca, lenta e profundamente!



APÊNDICE XIII-

OUTROS DIAGNÓSTICOS

Resumo do processo de enfermagem trabalhado individualmente com os utentes:

Diagnósticos de enfermagem, trabalhados com a 1ª utente (M.P.), durante as sessões:

- 1) Ansiedade em grau elevado conforme a escala aplicada á utente no início das entrevistas individualizadas e como se pode verificar nas descrições da própria utente.
- 2). Coping não eficaz através das entrevistas. 3) Auto estima. 4) Tomada de decisão ineficaz.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	«Outcomes» Resultados de Enfermagem
Ansiedade em grau elevado de 2015	<ul style="list-style-type: none">-Planear/Oferecer escuta ativa (entrevistas individualizadas)-Encorajar a utente a verbalizar os seus sentimentos;-Ajudar a utente a identificar situações causadoras da sua ansiedade;-Não antecipar a utente no que vai dizer, deixá-lo sempre terminar identificando as temáticas predominantes do seu discurso;-Demonstrar uma atitude de empatia e de compreensão [comunicando à utente, se pertinente, que percebemos como se sente e porquê].-Apresentação do power point sobre técnica de respiração e psicoeducação sobre ansiedade (sinais, sintomas, causas).- Executar os exercícios respiratórios com a utente.-Realização de técnicas de relaxamento, progressivo e de imaginação guiada	<p>No final das 6 sessões individualizadas a utente executa os exercícios respiratórios com eficácia.</p> <p>A utente sabe identificar as situações que lhe causam ansiedade;</p> <p>Os níveis de ansiedade encontram-se diminuídos após as intervenções planeadas individualmente</p> <p>Nas sessões individuais de relaxamento a utente consegue executar todos os exercícios, e, verbaliza ter conseguido relaxar e quando realizado questionários relativamente ao relaxamento, é possível perceber que foi eficaz a intervenção- técnicas de respiração, relaxamento progressivo e de imaginação guiada.</p>

Coping não eficaz

- Encorajar a expressão de emoções, oferecer escuta ativa;
 - Promover suporte emocional;
 - Promover envolvimento familiar;
 - Identificar com as pessoas crenças errôneas e valorizar as emoções;
 - Apoiar a tomada de decisão;
 - Promover mecanismos de coping eficazes, na resolução dos seus problemas familiares
- Discutir as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha de ter sido mãe ausente (como a utente refere nas entrevistas).

A utente mantém necessidade de ajuda e é proporcionado sentimentos de segurança durante os períodos de maior ansiedade;

Mantém problemas familiares, nomeadamente com os seus filhos, não entende o seu afastamento.

Auto-estima

- Disponibilizar presença;
- Promover a participação em atividades terapêuticas;
- Promover a auto-estima (encorajar novos desafios, encorajar a apreciar o seu comportamento, ajudar a estabelecer objetivos a curto prazo e realistas)
- Promover o suporte emocional;
- Promover o autoconhecimento (que a utente a falar sobre si, fontes de satisfação, verbalizar aspetos positivos sobre si)

A utente fala sobre si e das suas capacidades laborais, no entanto mantém dificuldade em aceitar as limitações com os seus filhos;

Tem novo projeto com o seu pai que lhe dá muita satisfação.

É muito colaborante nas atividades terapêuticas e tem função de líder no grupo.

Tomada de decisão ineficaz

- Gerir comunicação
- Apoiar tomada de decisão;
- Assistir a pessoa a reconhecer o problema e a identificar claramente a necessidade de tomar uma decisão;
- Explorar/Identificar quais

Identifica informações relevantes, neste caso em relação aos conflitos que tem com a sua irmã se iniciar um projeto em esta esteja envolvida;

Decidiu auxiliar o pai num

seriam os riscos de não decidir;

- Assistir na avaliação das alternativas baseadas em ameaças reais ou potenciais a crenças/valores;
- Assistir o utente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa;
- Corrigir informações erradas;
- Oferecer reforço positivo para decisões tomadas pelo utente;
- Avaliar tomada de decisão;

projeto que tem, na venda de filtros de água para piscinas, pois já tem alguns conhecimentos que lhe facilita a ajuda ao seu pai,

- Identifica recursos necessários para apoiar cada alternativa, no entanto ainda verbaliza alguma dificuldade na decisão em relação á sua vida pessoal.

Resumo do processo de enfermagem trabalhado individualmente com os utentes:

Diagnósticos de enfermagem, trabalhados com o 2º utente (V.), durante as sessões:

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	«Outcomes» Resultados de Enfermagem
<p>Ansiedade em grau elevado</p> <p>Outubro de 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear/Oferecer escuta ativa (entrevistas individualizadas) -Encorajar o utente a verbalizar os seus sentimentos; -Ajudar o utente a identificar situações causadoras da sua ansiedade; -Não antecipar o utente no que vai dizer, deixá-lo sempre terminar identificando as temáticas predominantes do seu discurso; -Demonstrar uma atitude de empatia e de compreensão [comunicando ao utente, se pertinente, que percebemos como se sente e porquê]. -Apresentação do power point sobre técnica de respiração e psicoeducação sobre ansiedade (sinais, sintomas, causas). - Executar os exercícios respiratórios -Realização de técnicas de relaxamento, progressivo e de imaginação guiada 	<p>No final das 7 sessões individualizadas com o utente, este executa os exercícios respiratórios com eficácia.</p> <p>O utente mantém dificuldade em identificar as situações que lhe causam ansiedade e procura ajuda junto dos técnicos;</p> <p>Os níveis de ansiedade encontram-se diminuídos após as intervenções, mas mantém ansiedade presente. Nas sessões individuais de relaxamento o utente consegue executar todos os exercícios respiratórios com eficácia. O que tem mais efeito em si “é o relaxamento”(sic).</p>
<p>Alucinações auditivas presentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar presença e dar garantias de segurança aquando alucinação; -Proporcionar segurança ao utente; - Escutar o utente; 	

Coping não eficaz

- Manter uma postura neutra, procurando orientá-lo para a realidade;

-Atenuar a alucinação;

-Controlar a estimulação ambiental;

- Evitar confrontar a pessoa com a validade das alucinações;

- Motivar para a participação em atividades de distração.

-Explicar a importância de se manter ocupado (frequência no atelier de carpintaria);

-Executar técnicas de relaxamento;

Motivar, explicar e envolver o utente para a adesão ao regime terapêutico;

Apresenta alucinações auditivas, verbalizando ouvir vozes que controla. Mantém atividade produtiva que verbaliza durante as sessões. Cumpre o plano terapêutico e adere sempre às atividades de relaxamento. Procura a equipa quando se encontra em atividade produtiva e se sente desconfortável. Encontra-se melhor no grupo, tem melhor interação com o grupo.

- Encorajar a expressão de emoções, oferecer escuta ativa;

-Promover suporte emocional;

-Promover envolvimento familiar;

- Identificar com as pessoas crenças erróneas e valorizar as emoções;

- Apoiar a tomada de decisão;

-Promover mecanismos de coping eficazes, na resolução dos seus problemas familiares;

Apoiar o utente e escuta ativa e presença;

Assistir em situação de crise (intervenção na crise);

O utente demonstrou interesse nas sessões e procura a equipa quando está em crise e refere sentir-se bem com as sessões de redução de ansiedade e o que mais gosta e sente bem é com o relaxamento. Mantém fraca relação com o pai.

Pensamento alterado

- Diminuir a ansiedade, com apresentação de sessões sobre o tema (psicoeducação);
- Promover a melhoria do desempenho dos papéis familiares e/ou sociais;
- Promover relação de ajuda, entrevistas de ajuda

- Atender no delírio:

- Escutar o utente;
- Manter o contacto visual;
- Gestão da comunicação (manter uma postura e tom de voz adequados);
- Evitar confrontar a pessoa com a validade dos delírios;
- Permitir a expressão de sentimentos, perceções e medos;

- Gerir comunicação

- Gerir medicação em SOS

Atenuar alteração de pensamento, transmitir calma, tranquilidade e não argumentar o comportamento do doente (uma intervenção desadequada pode ser prejudicial)

Aproximar-se do doente com tranquilidade, procurando ganhar a sua confiança, sem fazer comentários banais ou afirmações pouco justificadas

Mantém a atividade delirante. O utente interage mais com o grupo de trabalho e encontra-se mais comunicativo. O utente procura a equipa e a mim como referencia na equipa, para o atender no seu delírio. Aceita-me com um bom contato e tem melhor contato com o seu grupo de trabalho (atelier).

Auto-estima

- Disponibilizar presença;
- Promover a participação em atividades terapêuticas;
- Promover a auto-estima (encorajar novos desafios, encorajar a apreciar o seu comportamento, ajudar a

O utente refere que os problemas com o seu pai o deixam muito triste e que este lhe chama nomes (sic). Tem consciência que não voltará a exercer nenhum tipo de trabalho pois a doença não

Comunicação comprometida

estabelecer objetivos a curto prazo e realistas)
- Promover o suporte emocional;
- Promover o autoconhecimento (que a utente a falar sobre si, fontes de satisfação, verbalizar aspetos positivos sobre si)

permite (sic). Expressas as suas limitações durante as entrevistas.
É muito colaborante nas atividades terapêuticas e já assumiu alguns papéis de líder no grupo.

- Estar fisicamente disponível para ajudar e tocar o doente exprimindo interesse, quando apropriado;
- Diminuir a ansiedade com a realização de sessões de relaxamento,
- Ensinar técnica da respiração profunda;
- Disponibilizar presença
- Escutar ativamente
- Estabelecer contacto visual;
- Evitar confrontar o doente;
- Tom de voz adequado e postura (a realizar nas entrevistas individualizadas).

O utente consegue verbalizar e expressar o que pensa sem qualquer receio, durante as entrevistas.
Demonstrou-se participativo durante as sessões. Quando se isola do grupo refere que o motivo são as vozes. Tem vindo a melhorar a sua comunicação e contato com a equipa multidisciplinar.

Autocuidado Comprometido

Aconselhar sobre nutrição - psicoeducação,
Psicoeducação sobre os cuidados de higiene e conforto e organização em casa;
- Promover exercício através de psicoeducação;

A doente realiza o autocuidado, tem realizado a higiene oral todos os dias e retirou do armário algumas roupas que já não vestia há algum tempo. Realiza caminhadas ao ir para o atelier diariamente

Resumo do processo de enfermagem trabalhado individualmente com os utentes:

Diagnósticos de enfermagem, trabalhados com o 3º utente (C.), durante as sessões:

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	«Outcomes» Resultados de Enfermagem
<p>Ansiedade em grau elevado</p> <p>Outubro de 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear/Oferecer escuta ativa (entrevistas individualizadas) -Encorajar a utente a verbalizar os seus sentimentos; -Ajudar a utente a identificar situações causadoras da sua ansiedade; -Não antecipar a utente no que vai dizer, deixá-lo sempre terminar identificando as temáticas predominantes do seu discurso; -Demonstrar uma atitude de empatia e de compreensão [comunicando ao utente, se pertinente, que percebemos como se sente e porquê]. -Apresentação do power point sobre técnica de respiração e psicoeducação sobre ansiedade (sinais, sintomas, causas). - Executar os exercícios respiratórios -Realização de técnicas de relaxamento, progressivo e de imaginação guiada 	<p>No final das sessões individualizadas com a utente, esta executa os exercícios respiratórios com eficácia, embora tenha algumas dificuldades no posicionamento, devido ao excesso de peso;</p> <p>A utente identifica causas de ansiedade e procura ajuda junto dos técnicos, embora com alguma dificuldade;</p> <p>Os níveis de ansiedade encontram-se diminuídos após as intervenções, mas mantém ansiedade presente. Nas sessões individuais de relaxamento utente consegue executar todos os exercícios respiratórios e realizar a técnica de relaxamento na totalidade, quando se sente desconfortável, solicita se pode fazê-lo sentada.</p>
<p>Auto-estima diminuída</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilizar presença; - Promover a participação em atividades terapêuticas; - Promover a auto-estima (encorajar a utente a verbalizar aspetos positivos sobre os seus 	<p>A utente procura com mais frequência a equipa, foi realizado reforço positivo em relação ao seu empenho no atelier e nas atividades terapêuticas esforçou-se para executá-las;</p> <p>Mantém a preocupação relacionada com o seu posto</p>

Autocuidado Comprometido	<p>comportamentos, ajudar a pessoa a estabelecer objetivos concretos e a curto prazo,</p> <p>-Promover o suporte emocional;</p>	<p>de trabalho e esse é o fator que identifica como elemento desestabilizador da sua ansiedade (sic). Mantém auto-estima diminuída, com menos crises ansiedade e procura ajuda com mais facilidade em relação ao início das entrevistas.</p>
	<p>Aconselhar sobre nutrição - psicoeducação, Psicoeducação sobre os cuidados de higiene pessoal e auto-imagem</p> <p>-Promover exercício através de psicoeducação;</p>	<p>A utente refere que não gosta de se arranjar e desde que engordou por causa da medicação tem tido mais dificuldade em ter vontade, no entanto no final das sessões demonstrava um aspeto mais cuidado e vestuário mais adequado à estação do ano.</p>
Interação social diminuída	<p>- Gerir Comunicação;</p> <p>- Promover interação social durante as atividades em grupo e nas entrevistas;</p> <p>-Reforçar a importância de manter relações com os colegas e fora do contexto hospitalar;</p> <p>-Supervisionar interação social;</p>	<p>A utente tem melhor contato com o grupo e interage mais nas sessões individualizadas; Mais participativa nas últimas sessões e adequada durante as mesmas. Em relação ao grupo encontra-se mais sociável.</p>
Sono alterado	<p>- Gerir ambiente e disponibilizar presença;</p> <p>- Psicoeducação sobre a higiene do sono e apresentação de biblioterapia;</p> <p>- Execução de técnicas de respiração e relaxamento;</p> <p>- Gerir medicação;</p>	<p>Foi realizada psicoeducação sobre a higiene do sono e a utente alterou hábitos; A utente realiza a técnica de respiração e ouve música para relaxar e refere melhorias. Tem padrão de sono mais regular.</p>
Comunicação comprometida	<p>Estar fisicamente disponível para ajudar a doente exprimindo interesse, quando apropriado;</p> <p>-Diminuir a ansiedade com a</p>	<p>A utente realizou as técnicas com eficácia; Encontra-se mais comunicativa com a equipa e com o grupo.</p>

realização de sessões de relaxamento,

- Ensinar técnica da respiração profunda;
- Disponibilizar presença
- Escutar ativamente
- Estabelecer contacto visual;
- Evitar confrontar o doente;
- Tom de voz adequado e postura (a realizar nas entrevistas individualizadas e sempre que procure ajuda).

Resumo do processo de enfermagem trabalhado individualmente com os utentes:

Diagnósticos de enfermagem, trabalhados com o 4º utente (H.), durante as sessões:

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	«Outcomes» Resultados de Enfermagem
<p>Ansiedade em grau elevado Ansiedade em grau elevado do cônjuge</p> <p>Outubro de 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear/Oferecer escuta ativa (entrevistas individualizadas) -Encorajar o utente a verbalizar os seus sentimentos; -Ajudar a utente a identificar situações causadoras da sua ansiedade; -Não antecipar o utente no que vai dizer, deixá-lo sempre terminar identificando as temáticas predominantes do seu discurso; -Demonstrar uma atitude de empatia e de compreensão [comunicando ao utente, se pertinente, que percebemos como se sente e porquê]. -Apresentação do power point sobre técnica de respiração e psicoeducação sobre ansiedade (sinais, sintomas, causas). - Executar os exercícios respiratórios -Realização de técnicas de relaxamento, progressivo e de imaginação guiada 	<p>No final das sessões individualizadas com o utente, este executa os exercícios respiratórios com eficácia. Foi permitida a presença da esposa nas sessões, pois esta verbalizou ansiedade elevada e solicitou ajuda à equipa que foi permitida com consentimento do marido. A esposa esteve presente nas sessões e só demonstrou eficácia na execução dos exercícios na última sessão.</p> <p>O utente encontra-se com níveis de ansiedade reduzidos em relação ao início das sessões conforme se pode verificar pela avaliação da escala, atualmente encontra-se com ansiedade com valores dentro dos níveis normais.</p>
<p>Interação social diminuída</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir Comunicação, -Motivar para participar em atividades que sejam do seu interesse; - Consciencializar para a importância da interação 	<p>O utente tem um bom contato com o grupo, assumindo papéis de líder no grupo; Voltou a pescar nos seus tempos livres, que foi a atividade que demonstrou mais interesse na check list que realizou inicialmente;</p>

Prazer diminuído	social; - Realização da check list de interesses;	
	-Disponibilizar presença; -Gerir comunicação; -Promover suporte emocional; - Estimular as atividades promotoras de prazer; - Oferecer reforços positivos;	Com a interação no grupo a melhorar, aumentou a sua autoconfiança e verificou-se um aumento de prazer nas atividades a que se propôs, em relação à pesca e no atelier demonstra maior interesse na realização da sua ocupação.

O utente H. teve alta do hospital de dia e voltou ao seu posto de trabalho, continua com as consultas de rotina e a ser acompanhado em programa CIR.

APÊNDICE XIV-

SESSÃO DE CULINÁRIA

Sessão: Culinária (BOLO DE IOGURTE)

- **Nº de Sessões:** 1
- **Duração:** 1 hora
- **Objetivos:**
 - Promover a interação social
 - Treino de competências
 - Reforçar auto-estima
 - Desenvolvimento de habilidades
 - Promover a [imaginação e criatividade]
- **Material:**
 - Material para a execução do bolo
 - Ingredientes para a confeção do bolo
- **Procedimento:**
 - Gerir ambiente: organizar a sala
 - Reunir o material necessário e articular com a cozinha o material para a confeção do bolo;
 - Motivar para a participação das pessoas
 - Explicar dinâmica e objetivos da atividade aos participantes
 - Incentivar à lavagem de mãos
 - Distribuir tarefas pelo grupo
 - Orientar na execução da tarefa (fazer um bolo)
 - Avaliar a atividade

- Solicitar a cada elemento do grupo que faça a sua apreciação da mesma, descrevendo como se sentiram ao longo da sessão: aspetos positivos e negativos e as maiores dificuldades
- Preencher a ficha de avaliação de atividades que se encontra no final deste módulo

Receita:

Bolo de iogurte

Bolo de iogurte

4 Ovos

1 Iogurte de aroma ou natural

Açúcar (3 medidas do copo de iogurte)

Farinha (3 medidas de copo de iogurte)

1 Colher de sobremesa de fermento em pó

Óleo (mais uma vez a medida do copo, mas meio copo)

Bata os ovos com o açúcar, seguida junte o iogurte e o óleo e por fim a farinha e o fermento.

Unte bem a forma com margarina e polvilhe com farinha. Por fim leve o bolo ao forno a 200°, durante cerca de 40 minutos.

Descrição da sessão:

A sala da sessão foi a cozinha que se encontra dentro do hospital e dia e está equipada para o treino de competências de vida diárias. A sessão foi preparada previamente, com a seleção dos ingredientes e realizada a sua encomenda na véspera à cozinha. Foi ainda arrumada a bancada e a cozinha de modo a que todo o grupo participasse. O grupo era de 10 utentes vindos dos 3 ateliers, todos chegaram à hora marcada, sem necessidade de serem chamados e reconheceram-me com um cumprimento socialmente aceite e com bom contato com todos os técnicos presentes. Foi realizado o acolhimento ao utente e sugerido que lavassem as mãos, fazendo aqui um ensino breve sobre a técnica de lavagem das mãos, colocado avental descartável e luvas. De seguida foi dividido o grupo em 2 e ambos os grupos trabalharam na confeção do bolo em 2 fases distintas,

pois havia 2 postos de trabalho na mesa, mas apenas 1 batedeira, isso foi explicado inicialmente e também exposta a receita do bolo de iogurte e confirmados todos os ingredientes. Foram distribuídas as tarefas pelos 2 grupos e ambos iniciaram a confeitura do bolo. Começaram por partir os ovos, medir quantidade de açúcar no bife do iogurte, misturaram os ovos com o açúcar e de seguida o óleo e o iogurte. Finalmente medida a farinha e juntaram fermento com os restantes ingredientes. Untar o tabuleiro com a manteiga e polvilhar com farinha.

No final ambos grupos juntaram a massa toda no mesmo tabuleiro e foi levado à cozinha. Foi dada uma cópia da receita a todos os utentes para levarem consigo.

Todos os elementos do grupo ajudaram a arrumar a cozinha, lavaram a loiça e terminada a sessão com pedido para que enumerassem os ingredientes utilizados para a confeitura do bolo que todos conseguiram enumerar os ingredientes usados anteriormente e isso faz com a sessão tenha sido eficaz e ainda que descrevessem o que gostaram mais de fazer e os comentários foram os seguintes: “nunca tinha feito um bolo e gostei muito de estar nesta atividade”, gostei de participar em toda a atividade e sinto-me feliz por isso”, “gostava de provar o bolo para ver se está bom”

De um modo geral atividade correu bem e foi dentro do tempo estimado. Os elementos demonstraram interesse pela atividade e todos participaram na execução do bolo. Houve um conflito entre 2 utentes e 1 deles acabou por sair da sessão a meio, pois estava a ser provocado pelo outro e achou que devia sair para não se descontrolar, após a sessão foi trabalhada a questão da gestão de conflitos com o utente que saiu da sessão, pois como estava 1 elemento de enfermagem fora da sessão foi importante o apoio que deu no momento do conflito. Neste caso verificou-se a importância do co-terapeuta presente na sessão e em todas as sessões, sempre que há necessidade de assistir um utente que não esteja bem na atividade, temos que terminar a sessão ou pedir que o utente que precisa de cuidados no imediato espere e isso não devia acontecer.

Necessidade de pesquisa sobre a terapia ocupacional na saúde mental e MELO-DIAS, ROSA & PINTO (2014) que define ocupação como: “A ocupação terapêutica, entendida como um processo adaptativo e contínuo no qual a pessoa desenvolve a sua identidade e competência, participando em atividades ocupacionais, ao longo do ciclo vital, e nos diferentes contextos ambientais onde se insere, permite a expressão individual, a construção identitária e o desenvolvimento de vínculos sociais e culturais, e possibilita-lhe sentir-se elemento ativo da sociedade, com reflexos no seu bem-estar, e na sua saúde global. As atividades de ocupação terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica têm como características fundamentais: O = Objetiva - orientada por objetivos e clinicamente validada por indicadores de avaliação. C = Congruente - apresenta sintonia e congruência com o quotidiano. U = União - envolve e une o terapeuta e cliente, quer no plano, quer na ação. P = Prescrição - O enfermeiro na utilização do seu raciocínio clínico, cientificamente fundamentado, prescreve o programa/sessão de AOT, respeitando a avaliação das NHF, em triangulação com o exame do estado mental do cliente. A = Adaptada - é adaptada ao ambiente e é gradativa, permitindo sucesso na atividade. Os processos, o ambiente, os instrumentos, os materiais de trabalho, são adaptados e atingidos através da execução de passos/ etapas gradativos sensíveis ao setting. C = Consentimento - o/a participante devidamente esclarecido e informado consente a sua participação e envolvimento na atividade. A = Acrescenta - é de alguma forma significativa para o cliente, acrescentando sempre algo à sua forma de sentir, perceber, executar, desempenhar, e memorizar. O = Orientação - dirige-se sempre para a qualidade de vida, autonomia e satisfação do funcionamento pessoal e social do participante “. Ainda o mesmo autor refere os domínios das atividades de ocupação terapêutica como determinantes e decisivos para a reabilitação psicossocial e enumera-os como:

Pessoal e doméstico- atividades básicas de gestão pessoal, gestão do espaço pessoal e doméstico, treino de habilidades.

Recreação e lazer- atividades de prazer e alegria e bem-estar, fazer porque se quer e não porque tem que ser.

Expressão pessoal- musica, drama, psicomotricidade, jogos e artes plásticas.

Formação e aprendizagem- psicoeducação e educação para a saúde.

Relações interpessoais- dinâmica de grupos, resolução de problemas, treino de motivação, treino de assertividade e reuniões.

APÊNDICE XV-

SESSÃO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA (CUBO COM 3 FACES)

Estimulação cognitiva (cubo) com os lados de desenho, mimica, chuva de palavras.

Nº sessões: 1	Duração: 60 minutos	Local: H. Dia
➤ Material	Cubo; Cadeiras; Quadro e caneta; Folhas A4	
➤ Objetivos:	Estimular as funções cognitivas (orientação no espaço, atenção, concentração e raciocínio). Estimular a interação do grupo, treinar o trabalho de equipação. Promover a comunicação, treinar habilidades (escrever) e diminuir a ansiedade.	
➤ Procedimento:	Gerir ambiente: organizar a sala Reunir o material necessário Motivar para a participação das pessoas Explicar dinâmica e objetivos da atividade aos participantes	
	Pedir às pessoas que se reúnam em dois grupos (A e B) – o enfermeiro deverá ter em consideração as características psicopatológicas e pessoais de cada utente. Pedir a um elemento do grupo A para atirar aleatoriamente o cubo. Este deve ler qual foi a opção que saiu para si próprio e mostrar o cartão aos elementos da equipa adversária (equipa B). De seguida, deve tentar reproduzir, através de mímica, a palavra que está no cartão aos participantes da sua equipa, para que	

estes a adivinhem, caso seja a face mimica que tenha saído no cubo. Caso seja a face que tem desenho, deve desenhar o que lhe for solicitado pelo enfermeiro para que as equipas adivinhem o que é. Se o lado do cubo que ficou virado estiver chuva de palavras, o enfermeiro diz uma letra e ambos os grupos tentam escrever o máximo de palavras que conheçam com a letra que foi escolhida inicialmente.

Solicitar a um elemento da outra equipa que repita o procedimento da alínea anterior.

Repetir as alíneas anteriores até que todos os elementos tenham participado.

Conforme a categoria mimica, chuva de palavras, desenho, assim tinham de somar o máximo de pontos.

Avaliar a atividade

Solicitar a cada elemento do grupo que faça a sua apreciação da mesma, descrevendo como se sentiram ao longo da sessão: aspetos positivos e negativos e as maiores dificuldades. Utilizar a folha de avaliação para registo das alterações.

Avaliação da atividade: Sessão de cognição através do Cubo (3 faces)- Novembro de 2015

Útete	Participação Adequada					Habilidades de Interação Social					Distração de sensações indesejáveis					Estímulo da Atividade Física					Desenvolvimento de relação terapêutica					Diminuição da Ansiedade				
	Nunca (1)	Pouca (2)	Moderadamente (3)	Substancialmente (4)	Completamente (5)	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Seguidamente (4)	Consistentemente (5)	Extremamente (1)	Substancialmente (2)	Moderadamente (3)	Levemente (4)	Não (5)	Nenhum (1)	Limitada (2)	Moderada (3)	Substancial (4)	Extensiva (5)	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Extensivo (5)	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Extensivo (5)
H																														
P																														
P																														
C																														
P																														
A																														
J.C																														
A																														
V																														
E																														
V																														
P																														

Considerações Finais Relevantes

A sessão correu bem com exceção de um elemento que se encontrava a destabilizar ambos os grupos e foi chamado à atenção e conseguiu-se prosseguir com o utente que pediu desculpas à equipa e aos restantes elementos, utente J. C. Os utentes apresentaram-se motivados interessados e com boa adesão á atividade. Apenas um dos elementos teve um comportamento pouco adequado, mas foi resolvido no momento e durante a sessão melhorou bastante a sua postura. Trabalharam em equipa, os utentes estiveram uma participação ativa e adequada. Os elementos mais participativos, com maior envolvimento na relação terapêutica deste grupo foram os elementos L., P. V., H.. e foram os elementos com maior interação com o grupo.

A utente E. e C. houve necessidade de estimulação. A atividade foi do agrado de todos os elementos, com a exceção do utente que foi chamado à atenção e impostas algumas regras para podermos prosseguir com a sessão. No geral houve uma diminuição da ansiedade inerente à atividade em si, com a exceção do mesmo elemento que após a sessão ter terminado foi importante explicar o porquê de o ter chamado á atenção.

APÊNDICE XVI-

SESSÃO DE CINEMA – FILME DE PATCH ADAMS

Sessão de Cinema – Filme de Patch Adams

Nº sessões: 1	Duração: 60 minutos	Local: H. Dia
➤ Material	Filme Computador portátil Data – Show Pipocas	
➤ Objetivos:	Estimular as funções cognitivas (atenção, concentração, e raciocínio). Estimular a comunicação e promover a expressão de emoções. Promover a comunicação, diminuir a ansiedade. Promover a partilha de opinião.	
➤ Procedimento:	Gerir ambiente: organizar a sala Reunir o material necessário Motivar para a participação das pessoas Explicar dinâmica e objetivos da atividade aos participantes, expor o filme.	
➤ Avaliar a atividade	Solicitar a cada elemento do grupo que faça a sua apreciação da mesma, descrevendo como se sentiram ao longo da sessão: aspetos positivos e negativos. Preencher a ficha de avaliação de atividades que se encontra no final deste módulo.	

Avaliação da Sessão de Cinema – Filme de Patch Adams

A sessão de cinema foi visualizada por ambos os grupos A e B.

A avaliação da sessão foi realizada de acordo com as intercorrências. A utente P. verbalizou que se fartou de chorar, pois apesar de ser uma comédia trouxe-lhe alguns momentos de tristeza e por ser o contexto da psiquiatria retratado no filme (sic). A utente L. teve que se ausentar pois encontrava-se irrequieta e a perturbar o grupo e por esse motivo concordou em sair e voltar quando estivesse mais calma.

De um modo geral a participação foi positiva, 2 elementos que adormeceram tiveram que ser estimulados a acordar para visualizar o filme. E um dos momentos que mais gostaram foi a parte que a equipa distribuiu pipocas.

APÊNDICE XVII-

JORNAL DE PAREDE SOBRE A ÉPOCA NATALICIA

TEMA: Jornal de Parede sobre a época natalícia **PÚBLICO-ALVO:** Utentes do hospital de dia- USO

LOCAL: Salão do hospital de dia

DATA: Dezembro 2015 **HORA:** 12h00-13h00 **DURAÇÃO:** 60 minutos

OBJECTIVO GERAL: Promover interação, estimular, relembrar a época natalícia

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: Promover a estimulação da capacidade de concentração; Orientar os utentes no tempo; Promover o autoconhecimento dos utentes com a verbalização de emoções; Melhorar a relação terapêutica entre técnico e utente; Desenvolver a destreza manual, a criatividade e a improvisação dos utentes; Melhorar a comunicação e a socialização dos utentes e por sua vez o aumento da sua autoestima.

ETAPAS (Fases)	OBJECTIVOS (Do educador / formador)	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS (Materiais e humanos)	EDUCADOR / FORMADOR	TEMPO
INTRODUÇÃO	-Apresentação do tema;	-Especificação dos objetivos da sessão;	Interativo (utentes posicionados nas mesas, cada um com uma revista de forma a poderem fazer recortes	-Cartolina -Material de pintura(lápis, canetas) - Cola, Tesoura	Sandra Rodrigues	10 min.

			adequados à época natalícia)	-Revistas		
DESENVOLVIMENTO	<p>-Estimular o desenvolvimento da capacidade de interação entre os utentes;</p> <p>Facultar um treino de destreza manual</p> <p>Incentivar utentes para temática abordada</p> <p>-Criar ambientes propício, para que utentes consigam ter uma imagem própria do que é para si o natal</p>	<p>-Utilizar técnicas que levem os utentes a participarem na temática</p> <p>-Ensinar e demonstrar como executar recortes e montagens da imagens ilustrativas de natal</p> <p>- Estimular cada utente a expressar a sua própria forma de sentir a época natalícia</p> <p>- Utilizar material adequado que proporcione o livre desempenho de cada utente</p>	<p>-Interativo</p> <p>-Demonstrativo</p>	<p>-Cartolina</p> <p>-Material de pintura</p> <p>- Cola</p> <p>-Tesoura</p> <p>-Revistas</p>	Sandra Rodrigues	30 min.

<p>SINTESE (CONCLUSÃO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a relação terapêutica entre técnico/utente -Promover o gosto dos utentes e evidenciar a sua importância quanto a este tipo de atividades -Demonstrar que apesar de utentes, conseguem executar tarefas de forma autónoma. -Reforçar a importância de verbalizar as emoções, sejam positivas ou negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar se foi ou não conseguida a ação proposta 	<ul style="list-style-type: none"> - Interativa, - Participativa -Demonstrativa 	<ul style="list-style-type: none"> -Cartolina -Material de pintura - Cola -Tesoura -Revistas 	<p>Sandra Rodrigues</p>	<p>10 min.</p>
-------------------------------------	---	--	--	---	-------------------------	----------------

<p>AVALIAÇÃO</p>	<p>-Perceber se a atuação neste tipo de atividades é ou não propício a este tipo de utentes.</p> <p>- Avaliar se a temática abordada foi uma estimulação mental.</p>	<p>-Troca de opiniões entre participantes</p> <p>- Cada participante dar a sua opinião, à equipa que apresentou o tema.</p>	<p>Apreciativa</p>	<p>Caneta</p>	<p>Sandra Rodrigues</p>	<p>10 min.</p>
-------------------------	--	---	--------------------	---------------	-----------------------------	----------------

Avaliação da atividade: Jornal de parede sobre a época natalícia –Grupo A e B

Data: 12-2015

	Utente	Participação Adequada			Habilidades de Interação Social				Distração de sensações indesejáveis			Estímulo da Atividade “jornal”				Desenvolvimento de relação terapêutica			Diminuição da Ansiedade									
		Nunca (1)	Pouca (2)	Moderadam (3)	Substancial (4)	Completa (5)	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Seguidamente (4)	Consistente (5)	Extremamente (6)	Substancial (1)	Moderada (2)	Limitada (3)	Nenhum (4)	Não (5)	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Extensivo (5)	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Extensivo (5)	
1	V																											
2	P																											
3	A																											
4	C																											
5	V																											
6	L																											
7	C																											
8	J																											
9	A																											
10	J																											
11	L																											
12	A																											

Considerações Finais Relevantes

O V. selecionou uma imagem de bacalhau, pois para si é considerado um dos “símbolos mais importantes da noite de natal, passa a noite com o seu pai e irmãos. Esta atividade é importante relembra a época e sentiu-se bem a participar e é bom para ficarmos com uma recordação do nosso trabalho”(sic). A maior dificuldade que sentiu foi em recortar a figura, pois a que escolheu é muito pequena.

A utente P. o natal não significa nada para si, só tristeza pois está afastada dos seus filhos e para si não tem importância a comemoração. Esta atividade não lhe fez muito sentido, no entanto participou parte do tempo e o restante pediu para sair pois emocionou-se durante a mesma. Tem dificuldade em viver a época, mas entendeu que devia explicar ao grupo o porquê de se sentir assim (sic).

C- selecionou o bolo rei e o bolo rainha, faz lembrar a mãe e o seu pai. É a comemoração em família que gosta mais na época e gostou muito de participar na atividade (sic).

A- selecionou a imagem do menino jesus. Lembra-lhe amor, nascimento do menino jesus, convívio com a família e festa. A atividade só teve para si lembranças positivas (sic).

L- selecionou a imagem da “popota”, que faz recordar a sua filha com quem vai passar o natal e na alegria que sente quando esta abre os presentes. E gosta muito dos doces de natal.

C- a família reunida, doces de natal e gostou da atividade de modo geral gostou de tudo (sic).

J- Selecionou a árvore de natal como imagem para colar, e para ele é uma época pouco lhe diz, não tem muitas lembranças positivas nesta época. (sic)

A- A comemoração com a família é o que mais aprecia nesta época.

V- o convívio e a árvore de natal é o que mais gosta no natal, a árvore gosta muito de fazer. Gostou da atividade de modo geral (sic).

L- presépio e a árvore de natal, é uma época mais feliz por estar em família e a comida de natal é o que mais gosta (sic).

Os restantes elementos apenas referiram que gostaram da atividade, sem conseguir identificar os aspetos mais positivos e negativos.

Em todos os elementos se verificou diminuição da ansiedade, à exceção da utente P. que teve que se ausentar da atividade e comunicou ao grupo que esta época lhe causa muita ansiedade e instabilidade emocional por causa dos seus problemas familiares. (sic)

Em relação ao **grupo B** a sessão foi no dia anterior à festa de natal e por nesta semana faltaram muitos utentes, o grupo era mais pequeno e foi possível estar mais perto e presente para estimular, atender às solicitações e provocar os utentes para a expressão de emoções e aconteceu com um dos 8 utentes o J. que tem um comportamento provocatório e que nesta sessão esteve muito adequado e pediu ao grupo para que pudesse partilhar o porquê do natal já não significar nada para si e explicou que o motivo é pela separação dos seus pais e já não faz sentido festejar esta época (sic). Os restantes elementos mantiveram-se interessados na atividade e cumpriram com os objetivos da mesma.

APÊNDICE XVIII-

SESSÃO DE MOVIMENTO E RELAXAMENTO

Sessão de movimento e relaxamento

Exercício físico

- **Nº de sessões:** 1
- **Duração:** 60 min
- **Material:**
 - Colchões e cadeiras
 - Música para exercício físico e musica calma para relaxamento.

- **Objetivos:**
 - Diminuir a ansiedade
 - Promover o [relaxamento]
 - Promover a melhoria do humor
 - Diminuir a insónia
 - Motivar para a importância do exercício físico
 - Promover a interação social
 - Facilitar e promover a expressão corporal

- **Procedimento:**
 - Gerir ambiente: organizar a sala
 - Reunir o material necessário
 - Motivar para a participação das pessoas
 - Explicar dinâmica e objetivos da atividade aos participantes
 - Solicitar aos doentes que se disponham na sala separadamente

Jogo das palmas:

- ✓ Os doentes sentados vão bater palmas. Primeiro com os braços perpendiculares ao peito, de seguida com os braços esticados acima da cabeça e, por fim, baixar lentamente, voltar a bater palmas à frente e terminar. Ao longo do exercício vão variar o ritmo e número de palmas.

Exercício de pernas:

- ✓ Com o doente sentado/deitado fazer elevação dos membros inferiores alternados. De seguida elevação dos membros inferiores em simultâneo. Em continuação, fazer tesouras verticais e horizontais. Para terminar, fazer bicicletas

Prensa:

- ✓ Os doentes colocam-se deitados e, com os membros inferiores em simultâneo executam movimentos de flexão, extensão no plano horizontal

Respiração Abdominal:

- ✓ Sentados ou deitados confortavelmente e o mais relaxados possível, colocam as mãos sob o abdómen suavemente, fecham os olhos e sentem/percepcionam a respiração. Inspiram profundamente. Contraem a musculatura abdominal para dentro (mantém durante 5 segundos). Expiram. Empurram a musculatura abdominal para fora (mantém durante 5 segundos). (5')

Abdominais aos pares:

- ✓ Lado a lado, em decúbito dorsal com os joelhos flectidos, dois doentes dão as mãos e fazem, simultaneamente, abdominais. (3')

Frente a frente:

- ✓ Dois a dois, braços esticados, perpendiculares ao corpo, vão encostar as mãos um do outro e fazer força como se estivessem a empurrar-se. (3')

Frente a frente deitado:

- ✓ Dois a dois, deitados, pés contra os pés do companheiro e fazer força, mutuamente em posição de prensa. (3')

Costas com costas:

- ✓ Dois a dois, sentados no chão, sem usar os braços, têm que se levantar fazendo força costas com costas. (5')

Luta de Galos:

- ✓ Dois a dois, de cócoras, com braços esticados perpendicularmente ao corpo, tentar desequilibrar o companheiro. (5')

Controle respiratório:

- ✓ Sentados, vão tapar a boca e inspirar lentamente pelo nariz. De seguida, tapando o nariz, vão expirar lentamente pela boca. (3')

Assobio:

- ✓ Sentados, vão inspirar lentamente e, ao expirar vão assobiar. O objetivo é conseguir assobiar o máximo de tempo consecutivo. (3')

Boneco de pau Boneco de pano:

- ✓ Esticar o corpo o máximo possível como se tentasse tocar o teto (momento de tensão). De seguida, relaxar completamente deixando-se pendurar/cair (momento de relaxamento)
- ✓ Sobe os ombros ao máximo (momento de tensão) e, de seguida, descontraí (momento de relaxamento)
- ✓ Flexão do pescoço nos vários planos com retoma à posição original. (10')
 - Mudar a música para um ritmo mais calmo
 - Pedir aos utentes para se deitarem e relaxarem, inspirando expirando profundamente
 - Pedir aos utentes para que se levantem lentamente
 - Avaliar a atividade:
 - Solicitar a cada elemento do grupo que faça a sua apreciação da mesma
 - Preencher a ficha de avaliação de atividades que se encontra no final deste módulo

Dos exercícios sugeridos anteriormente foram selecionados 4 (jogo das palmas, exercícios de pernas, controle de respiração e jogo do assobio) propositadamente porque a seguir a estes exercícios foi realizado o relaxamento e pelo tempo que existe para a atividade em si não se poder aplicar todos os exercícios descritos.

Seguido o aquecimento com os exercícios selecionados e aceites pelo grupo, foi arrumada a sala e dispostos os colchoes e iniciado o relaxamento ao som da música.

Relaxamento Progressivo (Jacobson 1964)

Relaxamento através de tensão e relaxamento dos vários grupos de músculos do corpo. Aproveita-se nesta técnica o relaxamento natural que acontece depois de uma tensão forte no músculo.

Observações gerais:

- O relaxamento progressivo é uma técnica em que 16 grupos musculares são relaxados um depois do outro. Cada grupo é primeiro tenso e depois largado várias vezes, conseguindo um relaxamento cada vez mais profundo do grupo muscular;
 - Exige uma posição confortável, numa cadeira ou deitado com almofada a apoiar o pescoço;
 - A sequência tensão-relaxamento de cada grupo muscular é repetida até conseguir o relaxamento nos músculos em questão, igual ao relaxamento nas partes já relaxadas;
 - É importante que o largar da tensão nos grupos musculares não seja lento mas repentino;
 - Dê-se tempo para sentir os indicadores do relaxamento: calor ou peso;
 - O treino é essencial. Relaxar é como qualquer outra aptidão que se aprende;
 - O relaxamento depois pode ser utilizado como resposta às sensações de tensão ou ansiedade;
 - Deve-se tentar ficar imóvel durante o exercício e de olhos fechados;
 - Tentar privilegiar a respiração abdominal em vez da torácica. (WEELLING, 1999)
-
- **Procedimento:**
 - Gerir ambiente: organizar a sala
 - Reunir o material necessário
 - Motivar para a participação das pessoas
 - Explicar dinâmica e objetivos da atividade aos participantes
 - Remover mobiliário de modo a proporcionar espaço
 - Diminuir ruídos externos (fechar a porta, desligar o rádio)
 - Diminuir luminosidade (cerrar as cortinas)
 - A temperatura do ar deve ser amena

- Escolher um som ambiente agradável (na impossibilidade, preferir o silêncio)
- Explicar aos utentes como decorrerá a atividade
- Instruir os utentes:
 - A procurarem uma posição confortável, numa cadeira ou deitado de barriga para cima com os braços estendidos paralelamente ao corpo, e com as pernas descruzadas, e uma almofada a apoiar o pescoço
 - Para usarem roupa confortável e não limitante
 - Que é importante que o largar da tensão nos grupos musculares não seja lento mas repentino
 - Que tentem não se mover durante o exercício, mantendo os olhos fechados
 - Que tentem respirar utilizando o abdómen e não o tórax
 - Que esta técnica de relaxamento pode ser utilizada como resposta às sensações de tensão ou ansiedade
- Assistir os doentes no posicionamento em posição confortável
- Iniciar técnica de relaxamento.

Iniciar a técnica de relaxamento falando calma, suave e pausadamente:

“Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Testa: *Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa subindo-a para cima... sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (pausa). Agora pode relaxar muito lentamente focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.*

Olhos: *Feche os olhos apertando-os com força... sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.*

Face: *Force um sorriso, todos os músculos da face e boca estão tensos... os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (pausa). Relaxe agora esses músculos... Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.*

Queixo: *Aperte os dentes com força... sinta os músculos contraídos, tensos... (pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e se relaxam.*

Pescoço: *Contraia os músculos do pescoço... sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... os músculos estão tensos... (pausa). Relaxe lentamente o pescoço... os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.*

Membros superiores: *Levante o seu braço direito e com o seu punho fechado faça força... o seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial... sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.*

Levante o seu braço esquerdo, e com o seu punho fechado faça força... o seu braço está o mais rígido que pode, está tenso desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.

Membros inferiores: *Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.*

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... (pausa). Relaxe a sua perna esquerda e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Região dorsal: *Arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados.*

Região torácica: *Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contraí-lo como se quisesse reduzir os pulmões... Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.*

Região abdominal: *Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão em redor do umbigo... (pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.*

Região sacro-coccígea: *Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o chão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.*

Está completamente relaxado... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está solto e totalmente relaxado... mantenha os olhos fechados... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... Inspire novamente... Expire o ar lentamente...

Permaneça deitado apreciando o seu estado de relaxamento.

Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se lentamente.”

○ **Avaliar a atividade:**

Questão sobre a importância da sessão, com a descrição de 2 sentimentos.

Resumo da sessão: novembro de 2015

Hora: 12h-13h

Descrição da sessão:

O salão do hospital de dia foi previamente preparada para receber os utentes e para a realização do encontro. Foi aquecida e assegurado a privacidade dos utentes, foram distribuídas as cadeiras em círculo. Foi realizada uma breve apresentação sobre o tema e sobre a sessão que ia ser realizada. Os utentes chegaram ao hospital de dia á hora marcada, sem necessidade de serem chamados, com a exceção de um utente que teve que ser chamado. Todos os utentes me reconheceram e me cumprimentaram com atitude socialmente aceite.

Foi iniciada a sessão com realização dos exercícios de aquecimento de ordem céfalo-caudal.

Na continuidade do aquecimento, foram executados alguns jogos com o auxílio das cadeiras, como o jogo das palmas, em que os utentes sentados e com os braços na posição perpendicular vão bater as palmas, 1º com os braços perpendiculares ao peito e de seguida com os braços esticados acima da cabeça e por fim baixar lentamente e voltar a bater as palmas à frente para terminar.

O exercício das pernas com o utente sentado na cadeira a fazer a elevação dos membros inferiores alternadamente, seguido da elevação dos membros inferiores em simultâneo e para terminar as bicicletas.

Seguidamente foram realizados exercícios respiratórios com as mãos colocadas sob o abdómen e o peito e com suavidade foram fechando os olhos para que sentissem a respiração. Inspirações profundas que contraem os músculos abdominais para dentro e para fora que empurram os mesmos músculos. Finalizámos os exercícios respiratórios com o jogo do assobio, em que sentados inspiram lentamente pelo nariz e ao expirar vão assobiar o tempo máximo consecutivo.

No final a sessão foi terminada com o relaxamento progressivo de jacobson.

Todos os utentes participaram com interesse na atividade e citam: “gostei de tudo mas principalmente do relaxamento”

“Consegui relaxar (...) Por momentos tive desvios de pensamento, mas consegui abstrair-me e continuar com a sessão e relaxar”

“ Adormeci no final e consegui abstrair-me por completo dos meus problemas “

“Gosto mais do relaxamento é o momento que me acalma e a cabeça consegue parar”

“gostei muito dos exercícios nas cadeiras” e “a musica é das coisas que mais gosto”

Sentimentos verbalizados:

- Paz e relaxamento
- Descontração e alegria
- Paz interior e leveza
- Paz de espirito e leve
- Bem-estar e paz
- Alegria e felicidade
- Paz e tranquilidade
- Leve e tranquila

APÊNDICE XIX-

REUNIÃO COMUNITÁRIA



HOSPITAL DE DIA DO SERVIÇO DE PSQUIATRIA



PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADE

Tipo de atividade: Reunião Comunitária Semanal (decorre todas as sextas-feiras às 14h)

Definição: Segundo Greene e Johnson (1987), a reunião comunitária é aquela em que todos os pacientes e os membros de pessoal de uma unidade terapêutica se reúnem, sendo o mais complexo dos grupos terapêuticos. A reunião comunitária proporciona um momento onde as complexas realidades internas e externas da vida de uma unidade, sua cultura e seus conflitos podem ser abertamente discutidos.

Nesta perspectiva, ao longo do estágio, procuramos que este momento seja um espaço onde os utentes possam expressar as suas vivências e opiniões, favorecendo assim, troca de ideias e experiências que favoreçam as relações interpessoais.

Objetivos:

- Possibilitar a expressão verbal dos utentes sobre aspectos que digam respeito à vivência comunitária (exceptuando a expressão de intimidades e dados referentes à situação de saúde);
- Melhorar e promover as relações interpessoais e grupais favorecendo a partilha de ideias, experiências e vivências;

- Incentivar os utentes a colaborar nas actividades e elaboração do plano semanal;
- Favorecer o relacionamento terapêutico;
- Promover, se possível, a reflexão do grupo sobre algumas situações/experiências na Unidade;
- Incentivar a que os utentes sejam participantes activos no seu processo terapêutico (sempre que possível)

Duração: 60 A 90 minutos (variável de acordo com o nº de participantes)

Estratégias:

- Método:

- Directivo/participativo/Orientação/Animação

- Funções do líder:

- Conduzir a reunião, promovendo o intercâmbio entre os participantes;

- Estabelecer metas específicas que sejam alcançáveis;

- Não permitir a participação demasiado extensa dos membros;

- Evitar diálogos isolados;

- Estabelecer os limites do grupo.

Recursos materiais:

- Mesas e cadeiras dispostas em forma de quadrado ou em círculo.

Recursos humanos:

- Participantes: Utes, orientadora do estágio, outros profissionais de saúde.

Fundamentação

Segundo Greene e Johnson (1987), a reunião comunitária é aquela em que todos os pacientes e os membros de pessoal de uma unidade terapêutica se reúnem, sendo o mais complexo dos grupos terapêuticos. A reunião comunitária proporciona um momento onde as complexas realidades internas e externas da vida de uma unidade, sua cultura e seus conflitos podem ser abertamente discutidos.

Para João Melo um grupo é mais do que um mero somatório de indivíduos. É um conjunto de pessoas, unidas por um vínculo emocional e que se reúnem em torno de uma tarefa e de um objectivo comum considerando que *é nos grupos, (...) que mais claramente se podem observar em acção os vínculos que ligam as pessoas*¹.

Townsend faz a distinção entre grupos terapêuticos de terapia de grupo.

Para a terapia de grupo os profissionais requerem competências específicas ou experiência adicional sob supervisão de um profissional com experiência na realização de psicoterapia de grupo com base em diversas perspectivas teóricas, como a psicanalítica, a psicodinâmica, interpessoal ou dinâmica familiar, tendo como objectivo melhorar a capacidade dos membros de funcionar a nível pessoal.

Nos grupos terapêuticos o foco incide *nas relações do grupo e nas interacções entre os membros do grupo e a consideração de um problema seleccionado*² Estes grupos prolongam-se no tempo e implica que existam várias fases para que sejam atingidos os objectivos do grupo.

Os indivíduos com doença mental têm na lei Portuguesa direitos que lhe são conferidos pela lei da Saúde Mental (lei nº 36/98, de 24 de Julho). Assim, segundo esta lei “a protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social onde vive”³.

¹ MELO, João Carlos, As Faces do inconsciente – Perspectivas da psicanálise e da Grupanálise, Climepsi editores, 1ª ed., Lisboa, 2005, pg 181.

² TOWNSEND, Mary C., Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos e cuidados, Editora Guanabara Koogan S. A., 3ª ed., Rio de Janeiro, 2002, pg. 117.

³ <http://psiquiatices.blogspot.com/2007/10/direitos-dos-doentes-na-lei-da-sade.html>

Continuando dentro da Lei de saúde Mental, dentro do princípio da Não-Maleficência está explícito que: O doente de Saúde Mental, devido à sua situação clínica encontra-se numa situação de bastante vulnerabilidade. Pode-se considerar uma pessoa vulnerável quando um indivíduo se encontra numa situação de desigualdade relativamente à sociedade envolvente, por exemplo por motivos de saúde. Esta desigualdade faz com que estes indivíduos se sintam menos capazes de, pelo menos, expressar livremente a sua vontade. O que se pretende é que este indivíduo desenvolva o Princípio da Autonomia. Uma pessoa autónoma, é capaz de decidir sobre os seus objectivos pessoais e agir na direcção dessa decisão. Uma vez que a doença mental compromete a autonomia, assim como a institucionalização, compete aos profissionais de saúde respeitar essa autonomia, pois assim, valorizam as opiniões e as escolhas da pessoa que se encontra num momento delicado da sua vida⁴.

Perante o exposto, as reuniões com grupos de utentes em situação de grupo, em contexto de hospital de dia, não pretendem ser uma terapia de grupo, que supõe competências profissionais específicas, ou um grupo terapêutico pelo prolongamento no tempo necessário ao desenvolvimento de todas as fases do processo.

No entanto a possibilidade de o utente poder exprimir, num clima formal, as suas vivências com os outros utentes e equipa, pode ter um efeito bastante terapêutico tanto a nível pessoal como de grupo e vai de encontro aos direitos que lhe são conferidos pela Lei de Saúde Mental.

Por outro lado a reunião comunitária permite dialogar sobre as normas do serviço, sobre o porquê da existência das mesmas em benefício dos utentes levando a uma melhor compreensão e acolhimento das mesmas traduzindo-se num bem estar tanto individual como do grupo, e uma maior adesão ao respeito e cumprimento das mesmas. Segundo BERLO, David K. *as pessoas que não entendem o funcionamento de um sistema, com frequência queixam-se dele (...)*. Por outro lado *as pessoas que entendem como opera um sistema podem usar esse conhecimento para melhorar a eficiência e efectividade de suas comunicações*⁵.

⁴ IDEM

⁵ BERLO, David K. – *o processo da comunicação, introdução à teoria e à prática*, 7ª ed, S. Paulo. 1991, pg. 151.

REUNIÃO COMUNITÁRIA (sexta-feira):

Esta reunião foi marcada para a hora habitual, pelas 14 horas. Estiveram presentes 15 utentes do hospital de dia da USO. A sala foi o salão que foi previamente preparado com aquecimento e distribuição das cadeiras em círculo. Todos os utentes chegaram à hora marcada e apenas 2 tiveram necessidade de ser chamados. Reconheceram os técnicos e com um cumprimento socialmente aceite. Estivemos presentes nesta reunião, eu como enfermeira moderadora e o monitor da jardinagem. A reunião deu início com a leitura da semana passada, a ler os apontamentos realizados na ata e um novo elemento se ofereceu para escrever à data de hoje, os assuntos debatidos na reunião. Os temas da reunião foram escolhidos inicialmente pelos próprios utentes e foram anotados na ata. Os temas foram: a experiência e despedida de um dos utentes que hoje era o seu último dia no hospital de dia, festa de Natal, férias a gozar, as instalações sanitárias e por fim a experiência de uma utente que fraturou um punho e a sua recuperação com a ajuda da fisioterapia. A experiência do utente foi muito importante, pois partilhou com o grupo a sua passagem pelo hospital de dia, a sua ocupação e os colegas do atelier que integrou nestes meses, todas as atividades que desenvolveu com o grupo todo e os amigos que teve oportunidade de fazer e lembrou ainda a “importância de ter a equipa multidisciplinar sempre como do seu lado e não contra si” (sic). Neste momento o utente aproveitou para desejar o melhor a todos os colegas e que nunca desistam!

A utente que fraturou o punho também falou da sua experiência e da importância de não desistir dos objetivos.

Relativamente à festa de natal, a ser solicitada pelos utentes, utilizamos a estratégia de dar ao grupo os últimos 30 minutos para debaterem o que queriam e o que desejavam para a semana anterior ao Natal e que reunissem entre eles e escrevessem, com o objetivo de todos participarem. O resultado final foi muito positivo e foi com muita alegria que vi o documento com os pedidos dos utentes. Foi realizada a leitura dos pedidos para o natal e deu-se por terminada a reunião, para que fosse possível irem a horas para o lanche. Foi assinada a ata e devidamente arrumada no local e realizados os registos respetivos.

APÊNDICE XX-

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO



A palavra comunicar deriva do latim *comunicare*, que significa por sua vez “por em comum”, “associar” ou “entrar em relação com”. Assim, comunicar pode ser encarado como uma troca de ideias, sentimentos ou experiências entre pessoas e cujo significado que transmitem entre si é idêntico. Tornar comum ou por em comum, no sentido de permitir que conceitos ou informações complexas se transformem em mensagens de apreensão simples, ou seja que possam ser transmitidas usando uma linguagem perceptível e interpretável.

SILVA citado por BERNARDO (2004:20) diz que comunicar é “*pôr-se em relação ativa pela troca de informação recíproca e relativa mudança dos seus intervenientes no processo comunicativo*”, reforçado por SILVA (2004:20) que refere que “*comunicar pode ser encarado como uma troca de ideias, sentimentos ou experiências entre pessoas e cujo significado que transmitem entre si é idêntico*”. Comunicação é ainda “*o processo de transferência de informação, ideias, conhecimentos ou sentimentos entre as pessoas*”, como nos diz TEIXEIRA (1998:3).

Comunicação é assim um processo fundamental para o sucesso do trabalho, constituindo a essência do sistema social de uma instituição. “*Comunicação é a intercessão realizada por gestos, palavras, letras, símbolos ou meios similares e envolve o intercâmbio de pensamentos ou opiniões*”, segundo AZEVEDO (2001:26).

CHIAVENATO (1993:24) refere que o propósito da comunicação consiste em “*proporcionar informação e compreensão para auxiliar o desenvolvimento das actividades e promover a motivação, cooperação e satisfação*”.

Assim, o processo de informar é uma resposta à satisfação das necessidades humanas, com o intuito de estimular cada ser humano a realizar-se com o máximo de autonomia. Informar está

inerente a comunicar e sendo “*uma realidade sempre presente, no nosso contexto social e é considerada um direito, mas configura-se como dever para determinados grupos sociais*” NUNES (2001:27).

Para a enfermagem, a informação é uma atitude ética para com o utente e ao mesmo tempo uma mensagem de confiança.

A transmissão de informação implica uma avaliação do nível de compreensão do utente e dos seus familiares, dos conhecimentos que detêm sobre a doença, caso a ansiedade seja muito grande, isso vai diminuir a perceção das palavras, o conteúdo pode originar interpretações erradas, aumentando o sofrimento.

A este nível, a informação relevante para o utente e sua família pode dividir-se em informação técnica potencialmente dolorosa e informação técnica não dolorosa.

A equipa de enfermagem é um grupo privilegiado nesta área, ou seja, no que diz respeito à transmissão de informação, daí ser necessário adquirirmos e desenvolvermos atitudes e valores inerentes à dignidade humana, principalmente na transmissão de informação dolorosa.

A comunicação é fundamental para que exista sucesso no trabalho, constituindo assim, como referem vários autores, a essência do sistema social de determinada instituição, sendo para a enfermagem uma ferramenta única com um enorme potencial para a eficácia da atividade. Como refere AZEVEDO (2001: 26) citando KMAFONT “*sem comunicação não existe trabalho, não existe relacionamento humano e, portanto não há grupo, organização e sociedade*” e ainda que “*a comunicação está presente em todos os momentos e em todas as atividades*”. CHIAVENATO (1993:920) refere que “*o propósito da comunicação consiste em proporcionar informação e compreensão para auxiliar o desenvolvimento das atividades e promover a motivação, cooperação e satisfação (...) num ambiente que exista uma boa comunicação, habitualmente conduz à criação de um espírito de equipe e a um melhor desempenho funcional*”. CHIAVENATO (1987:381) (...) refere que ao mesmo tempo a comunicação tem um papel importante no relacionamento entre as posições hierárquicas e no esclarecimento e explicação das decisões tomadas a todos os elementos que constituem o grupo de trabalho”.

Quando se reporta o tema da comunicação para a profissão de Enfermagem, esta assume particular importância, pois permite o contacto entre o enfermeiro e o utente/família, impulsionando a interação nos elementos da equipe de saúde, os quais caminham na mesma direção, para alcançar objetivos comuns.

No entanto, para que o profissional de saúde, neste caso o enfermeiro(a) possua capacidades de comunicar com eficácia com o utente, necessita de tempo para a aquisição dessas capacidades, de

possuir conhecimentos técnicos e científicos. Segundo LALANDA (1995:29) “*comunicar enquanto arte profissional, tem de se aprender, analisar, e sobretudo treinar e a enfermeira ou o enfermeiro têm de recorrer a essa «arte» na sua prática quotidiana (...) com uma atitude terapêutica*”

Neste contexto, a comunicação ocupa um lugar primordial na relação com o utente e família, estando assim presente em todas as atividades e momentos na prática da Enfermagem. GAS (1988:98) afirma que “*(...) o núcleo fundamental da enfermagem é o relacionamento estabelecido entre o enfermeiro e o utente. Trata-se de um relacionamento profissional baseado na confiança e no respeito através do qual o enfermeiro possa ajudar o cliente sendo necessário que ele possua habilidade de comunicação, já que sem ela, nenhum relacionamento será possível (...)*”.

Assim, pode-se afirmar que o Enfermeiro é um ser influente na relação com o utente/família e pode utilizar o seu ascendente de dois modos, primeiramente quando o se estabelece uma atracção na pessoa cuidada e esta sente que alguém competente e de confiança o está a cuidar no verdadeiro sentido da palavra, estabelecendo-se uma relação de confiança. O segundo modo acontece quando o Enfermeiro, se aproxima do Utente, tira partido da relação de confiança com a finalidade de se aproximar psicologicamente do utente, ajudando-o a tomar consciência das dificuldades.

Assim a influência e responsabilidade do Enfermeiro é designada de verdadeira, quando esta se mostra leal e aberta relativamente à pessoa que se encontra doente, devendo proceder do seguinte modo como refere PHANEUF (2005: 25):

- 1) Manter a confiança da pessoa na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de a ajudar e de agir no seu melhor interesse;
- 2) Manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre. É preciso lembrar que a ajuda que não provem do respeito pode tornar-se uma forma de violência;
- 3) Conservar a confidencialidade do que lhe é revelado no quadro desta relação. A pessoa cuidada deve estar convencida que somente as pessoas da equipa de cuidados envolvidas poderão, se necessário, ser informadas;
- 4) Criar com a pessoa cuidada uma aliança terapêutica onde os objetivos a perseguir são partilhados e testemunham uma confiança recíproca;

- 5) Manter-se aberta às percepções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada;
- 6) Honrar os compromissos tomados em relação à pessoa cuidada e não lhe falhar quando ela tem necessidade de apoio;
- 7) Manter-se realista quanto as suas possibilidades de mudança e a sua capacidade de ter em conta os seus limites;
- 8) Evitar desapontar por comportamentos de dominação, de neutralidade ou de empenhamento.

O profissional de saúde, nomeadamente o Enfermeiro é visto pelo utente e família como um ser influente no seu percurso pelas Instituições de Saúde, assim sendo deve proporcionar lealdade que este merece e promover um diálogo com o utente e família de modo a valorizar não só o conteúdo das perguntas, mas tudo o que é observável como o comportamento corporal e a postura, movimentos, gestos, entoação e timbre de voz, assim como as pausas e também os silêncios.

O Enfermeiro deve estar dotado de competências para que a comunicação verbal e não verbal se torne eficaz entre o utente e o profissional.

O interesse deve ser doseado, ou seja o Enfermeiro deve sentir por parte do utente uma disponibilidade efetiva.

Empatia é de extrema importância, pois permite a aceitação do utente tal como ele é, sem que sejam realizados juízos de valor ou julgamentos.

Disponibilidade, o utente deve sentir que está a ter a melhor assistência possível, demonstrada pela habilidade e disponibilidade do Enfermeiro e restante equipa.

A objetividade deve ser característica do Enfermeiro, pois este deve ser metódico e inteligente, no sentido em que realiza a recolha de informações, identifica os problemas, define e implementa as intervenções e soluções e avalia os resultados. Todo este Processo de Enfermagem não tem que ser processo insensível ou de distanciamento.

O Enfermeiro deve possuir consciência da sua personalidade, aceitá-la e manifestá-la.

Deve respeitar o outro, mostrando interesse pelos seus sentimentos e opiniões.

Tanto o utente como o Enfermeiro devem manter o seu espaço pessoal habitual, assim como o conforto de ambos deve ser mantido.

O tempo adequado, ou seja o tempo que é investido na comunicação, não deve ser considerado tempo desperdiçado, mas sim aproveitar os momentos de escuta para um melhor desenvolvimento do Processo de Enfermagem.

Através da linguagem corporal é possível transmitir inúmeras atitudes e sentimentos. O silêncio por vezes é a melhor estratégia de transmitir sentimentos, como de amor, empatia, entre outros.

Ainda PHANEUF (2005: 84) relativamente à comunicação com utente e família, a mensagem verbal deve ser exprimida de modo que seja compreendida pelo Utente, devendo obedecer a determinadas características como a simplicidade, ou seja devemos adequar os termos utilizados à pessoa que nos escuta. A mensagem deve ser “clara”, de modo a que os conceitos utilizados não levem a mais do que uma interpretação. “Breve” e concisa, de acordo com o tema principal a desenvolver, para que o utente não se envolva nos conteúdos de modo complexo e perca o verdadeiro sentido da explicação. Deve ser “apropriada ao tempo e às circunstâncias”, ou seja o Enfermeiro deve aguardar pelo momento oportuno para comunicar determinados assuntos, tendo sempre em atenção o estado geral do utente e o seu bem-estar bio-psico-social. Por fim deve ser “adaptável às reações do doente”, o Enfermeiro deve aceitar qualquer reação como incompreensão ou outra emoção por parte do utente e família, adaptando-se à situação do momento, encaminhando o dialogo no sentido mais conveniente para ambos.

O acto de colocar uma questão ao outro é uma arte, e por este motivo o questionamento é classificado como uma estratégia complexa segundo PHANEUF (2005: 120). O autor refere ainda que o Enfermeiro para intervir com eficácia junto do utente/família deve (...) “*aprender a dominar esta arte de maneira a poder confirmar as suas percepções e conseguir ir procurar as informações de que tem necessidade para compreender a situação do doente, para planificar cuidados adequados e personalizados.*”

Ainda segundo o autor supracitado, “*colocar questões é uma arte, é por isso que nós classificamos o questionamento entre as estratégias complexas (...)a enfermeira deve aprender a dominar esta arte de maneira a poder confirmar as suas percepções e conseguir procurar informações para compreender a situação do utente, para planificar os cuidados*” (PHANEUF (2005: 119)).

As questões têm como objetivos:

- Explorar um assunto que se julgue importante
- Recolher ou aprofundar determinadas informações;
- Conhecer melhor o doente;
- Incentivar e encorajar o doente a exprimir os seus sentimentos, medos e emoções...

Podem ser classificadas em diretas, indiretas, abertas, fechadas e não pertinentes.

Segundo CHALIFOUR (1989:23) as questões abertas permitem reunir o máximo de informação sobre um tema, permitindo um nível elevado de desenvolvimento, sendo igualmente possível obter informação sobre os sentimentos e emoções que o tema desperta na pessoa.

As questões fechadas remetem apenas para respostas curtas e claras, atribuindo ao doente um papel passivo, não possibilitando uma intervenção personalizada por parte do enfermeiro, CHALIFOUR (1989:23).

As questões diretas são geralmente utilizadas pelo enfermeiro durante a elaboração da colheita de dados, e muitas vezes respondem mais as necessidades dos Enfermeiros do que a dos utentes. Vão diretamente ao assunto que se pretende explorar procurando uma resposta precisa, CHALIFOUR (1989:24).

A questão indireta que visa preservar a autonomia do utente e família, na medida em que proporciona toda a liberdade para responder ou não. Com a vantagem de ser menos ameaçadora para a doente uma vez que o enfermeiro se envolve pessoalmente na sua elaboração, CHALIFOUR (1989:25).

No seguimento do contexto da comunicação e da utilização de questões para obtenção de informação junto do utente, surgem alguns exemplos de frases demonstram ao outro, que estamos à escuta.

PHANEUF (2005: 127), sugere alguns exemplos:

“Parece-me que esta situação o perturba...”, “Ao ouvi-la, tenho a impressão que...”, “O que diz leva-me a dizer que...”, “Apercebo-me que...”, “Segundo o seu ponto de vista...”, “Sinto que...”, “Pela sua experiência passada...”, “Crê que...”, “Tenho a impressão que se sente visada por...”.

Existem barreiras que se interpõem à comunicação, dificultando assim uma relação eficaz entre o Enfermeiro e o utente. Estas barreiras podem surgir quer por parte do utente, quer por parte da equipe de Enfermagem, importa no entanto reforçar que quanto mais elevado é o grau de instrução mais fácil se torna compreender o discurso do outro e por sua vez mais fácil de ser compreendido.

Considera-se importante esclarecer esta diferença no que diz respeito às barreiras existentes em ambos os grupos.

Relativamente às barreiras por parte da equipe de Enfermagem, COELHO (1994:7) distingue várias barreiras como as barreiras sociais, “*as pessoas são mais saudáveis, prolongando-se a esperança média de vida, no entanto parece natural o embaraço por parte do profissional de saúde, perante um doente em fase terminal e perante a família*”. Estabelecendo-se neste caso uma barreira de defesa.

A barreira do valor dado à cura, “*é dada ênfase à prevenção, à cura e a reabilitação de doentes, contudo pensar em cura para doentes crónicos ou em estado terminal é irrealista*” (COELHO (1994)), podendo levar a falta de motivação por parte do profissional de saúde.

A barreira da atividade, “*a Enfermagem dá ênfase á atividade física, fazendo uso de habilidades práticas de acordo com conhecimentos científicos*” (COELHO (1994)).

A barreira do sigilo profissional, “*este valor pode originar uma enorme barreira entre os enfermeiros e os utentes, pois o profissional vivência situações difíceis e sabe que o utente não foi informado do seu prognóstico, questionando-se se deve ou não dizer, como dizer e quando dizer*” (COELHO (1994)).

E por fim a barreira da hierarquia, “*todo o enfermeiro tem consciência da hierarquia existente numa instituição e equipe de saúde*”. Assim sendo, cada profissional deve “*avaliar-se para poder contribuir para os conhecimentos da equipa de saúde e tomadas de decisões*” (COELHO (1994)).

A comunicação eficaz numa equipa vai refletir-se na efetivação dos cuidados e a hierarquização profissional “*não deve interferir nos cuidados prestados aos utentes e na relação entre utente-enfermeiro*” COELHO (1994:7).

Assim, as ações de enfermagem deverão ser eficazes, encorajando a utilização de todos os sentidos por parte do utente, caso este não possua a capacidade para expressar o que sente e o que pensa. A comunicação é essencial para que seja estabelecida uma relação de confiança entre o profissional e o utente e devem ser maximizados todos os caminhos para o seu estabelecimento.

Esta comunicação também deve ser aplicada na relação com todos os membros da equipa, visto todos terem o mesmo objetivo comum, devendo seguir os princípios supracitados.

APÊNDICE XXI

POSTER“ANSIEDADE PRESENTE: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”

Ansiedade presente: Proposta de intervenções em enfermagem especializada

Sandra Rodrigues*, Paulo Seabra**

*Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa
**PhD, Professor Auxiliar Convidado, Universidade Católica Portuguesa. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)

Introdução

A problemática da ansiedade tem grande impacto na saúde e altera as rotinas da vida diária. Pode ser a patologia de base, surgir como efeito secundário da medicação ou constituir-se uma comorbilidade de outras patologias. É assim, um problema grave, global e incapacitante para muitas pessoas.

O objetivo deste trabalho foi contribuir para o bem-estar de quatro utentes com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade presente em grau elevado”.

Metodologia

O método usado foi o acompanhamento em consulta, numa perspetiva individual como enfermeira de referência e mobilizando dinâmicas de grupo recorrendo a intervenções especializadas no âmbito da psicoeducação com quatro utentes. O recurso utilizado foi o método expositivo de sinais e sintomas da ansiedade e a técnica da respiração profunda. Executamos a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson após a demonstração da mesma.

	Procedimento	Técnicas utilizadas
Sessão 1ª	Explicação das sessões e objetivos Entrevista inicial, colheita de dados e avaliação do estado mental. Questionar conhecimento sobre a doença, sinais e sintomas. Avaliação da sessão.	Questões abertas e suporte emocional, Entrevista baseada no modelo de Chalifour, Escuta ativa, com identificação de problemas do utente e família.
Sessão 2	Resumo da sessão anterior, Entrevista e avaliação do estado mental, Visualização de power point sobre ansiedade, sinais e sintomas (psicoeducação) e fornecida biblioterapia. Avaliação da sessão.	Questões abertas e suporte emocional, Entrevista baseada no modelo de Chalifour, Escuta ativa, com identificação de problemas do utente e família. Exposição do power point.
Sessão 3	Resumo da sessão anterior, Entrevista e avaliação do estado mental, Apresentação de slides com a técnica de respiração profunda, demonstração e execução prática da técnica. Avaliação da sessão.	Questões abertas e suporte emocional, Entrevista baseada no modelo de Chalifour, Método expositivo e demonstrativo para apresentação da técnica de respiração profunda
Sessão 4	Resumo da sessão anterior, Entrevista e avaliação do estado mental, Apresentação da terapia pelo relaxamento progressivo de Jacobson e execução da técnica. Avaliação da sessão.	Questões abertas e suporte emocional, Entrevista baseada no modelo de Chalifour, Método expositivo e demonstrativo para a realização da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson.
Sessão 5	Resumo da sessão anterior, Entrevista e avaliação do estado mental, Sessão de movimento e posterior execução da terapia de relaxamento progressivo de Jacobson. Avaliação da sessão.	Questões abertas e suporte emocional, Entrevista baseada no modelo de Chalifour, Método demonstrativo.
Sessão 6 e seguintes	Resumo da sessão anterior, Entrevista e avaliação do estado mental, Sessão de movimento e posterior execução da terapia de relaxamento progressivo de Jacobson. Avaliação da sessão.	Questões abertas e suporte emocional, Entrevista baseada no modelo de Chalifour, Método demonstrativo.

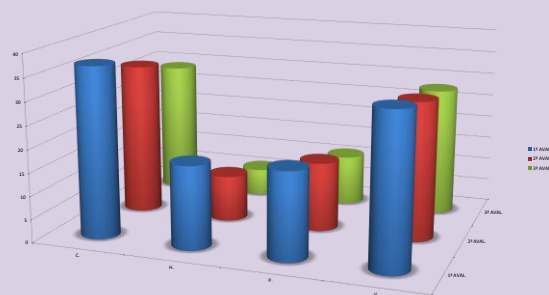
Resultados/Discussão:

Através das intervenções realizadas verificou-se que dois dos utentes obtiveram melhorias significativas nos seus níveis de ansiedade, para ansiedade normal e ligeira, reconhecem sinais e sintomas da ansiedade, realizam a técnica de respiração profunda e técnica de relaxamento de Jacobson com eficácia.

Relativamente aos restantes utentes, mantêm níveis de ansiedade elevados, embora consigam identificar os sinais e sintomas da ansiedade e, esta diminui quando realizam a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. As 3 avaliações foram realizadas com o auxílio da escala de Hamilton, após a 1ª entrevista, a 3ª e a última, respetivamente.

Os ganhos em saúde foram a melhoria a nível dos níveis de ansiedade em todos os utentes e a identificação dos próprios sinais e sintomas da ansiedade presente.

Comparação dos resultados da avaliação da ansiedade - escala de Hamilton



Conclusão:

Concluimos que com a intervenção especializada psicoeducação (com recurso à visualização de uma apresentação sobre os sintomas), as técnicas de respiração profunda e relaxamento progressivo de Jacobson, as pessoas têm ganhos em saúde diminuindo a sua ansiedade. Os desafios são a continuidade das sessões, implementação de programas estruturados para alívio da ansiedade, para que exista uma manutenção ou melhorias dos níveis de ansiedade das pessoas com ansiedade presente.

Referências:

- CHALIFOUR, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica- Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. Volume 1). Loures: Lusodidacta.
- CHALIFOUR, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica- Estratégias de intervenção*(Vol. Volume 2). Loures: Lusodidacta.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I-

CHECK LIST DE INTERESSES

= QUADRO DE AVALIAÇÃO DE CHECKLIST DE INTERESSES =

Nome do utente: _____

Idade: _____

Data: _____

ACTIVIDADES	ALGUM	FORTE	NENHUM
1 – Jardinagem			
2 – Costura			
3 – Jogar às cartas			
4 – Ouvir rádio			
5 – Escrever			
6 – Dançar			
7 – Jogar futebol			
8 – Construir puzzles			
9 – Ir de férias			
10 – Ver filmes			
11 – Nadar			
12 – Assistir a concertos			
13 – Ouvir música popular			
14 – Jogar xadrez			
15 – Ler			
16 – Viajar			
17 – Fazer trabalhos manuais			

18 – Festas			
19 – Teatro			
20 – Jogo da malha			
21 – Engomar			
22 – Ouvir música clássica			
23 – Lavar o chão			
24 – Jogar às damas			
25 – Cantar			
26 – Fazer exercício			
27 – Jogar voleibol			
28 – Trabalhos de carpintaria			
29 – Limpar o pó			
30 – Jogar bilhar			
31 – Cozinhar			

Refira outros interesses especiais:

= QUADRO DE AVALIAÇÃO DE CHECKLIS DE INTERESSES =

ACTIVIDADE	ALGUM	FORTE	NENHUM
32 – Jogar basquetebol			
33– Tocar viola			
34 – Fazer colecções			
35 – Jogar pinguepongue			
36 – Ir às compras			
37 – Tirar fotografias			
38 – Pintar			
39 – Ver televisão			
40 – Trabalhos em cerâmica			
41 – Conviver			
42 – Conversar			
43 – Jogar (sentido lato)			
44 – Fazer passeios			
45 – Lavar roupa			
46 – Religião			

(Fonte: Transcrito de CORDO, Margarida – **Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição da instituição para a família**. Lisboa: Climepsi Editores, 1993. p.173).

ANEXO II-

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

= BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS) =

Nome do utente: _____

Idade: _____

Data: _____

Instruções:

1 2 3 4 5 6 7

- 1- Ausente
- 2- Muito Leve
- 3- Leve
- 4- Moderadamente
- 5- Moderadamente Grave
- 6- Extremamente grave
- 7- Grave

1.	Preocupações somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2.	Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
3.	Depressão	1	2	3	4	5	6	7
4.	Ideação suicida	1	2	3	4	5	6	7
5.	Culpa	1	2	3	4	5	6	7
6.	Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7
7.	Humor alterado	1	2	3	4	5	6	7
8.	Pensamento de grandiosidade	1	2	3	4	5	6	7
9.	Desconfiança	1	2	3	4	5	6	7
10.	Actividade alucinatória	1	2	3	4	5	6	7
11.	Pensamentos bizarros	1	2	3	4	5	6	7
12.	Comportamentos bizarros	1	2	3	4	5	6	7
13.	Auto-estima	1	2	3	4	5	6	7
14.	Desorientação	1	2	3	4	5	6	7

15.	Desorganização	1	2	3	4	5	6	7
16.	Embotamento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
17.	Retrocesso emocional	1	2	3	4	5	6	7
18.	Lentificação motora	1	2	3	4	5	6	7
19.	Tensão	1	2	3	4	5	6	7
20.	Baixa cooperação	1	2	3	4	5	6	7
21.	Excitação	1	2	3	4	5	6	7
22.	Distracção	1	2	3	4	5	6	7
23.	Hiperactividade motora	1	2	3	4	5	6	7
24.	Maneirismos	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: Traduzido e adaptado de VENTURA [et al] – Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale. 1993. Consult [11-Outubro de 2015]. Disponível em:

http://www.nelmh.org/downloads/other_info/brief_psychiatric_rating_scale_form.pdf#search=%222bprs%22

ANEXO III-

ESCALA DE HALLSTROME E MCLURE (CASO DE ANSIEDADE OU NÃO CASO)

Escala Clínica da Ansiedade

A classificação da ansiedade de acordo com esta escala varia entre: 0-7 (sem caso), 8-10 (caso limítrofe) e 11 ou mais (caso), sendo a pontuação de cada item a avaliar entre 0 e 3 valores (HALLSTROM e MCCLURE, 2000).

Sinto-me tenso ou «agitado»	(3) A maior parte do tempo (2) Frequentemente (1) De vez em quando, ocasionalmente (0) Nunca
Tenho medo, como se algo horrível estivesse para acontecer	(3) Muitas vezes e com muita intensidade (2) Não com muita frequência (1) Com muito menos frequência (0) Nunca
Preocupo-me	(3) Muitas vezes (2) Frequentemente (1) De vez em quando, mas não muitas vezes (0) Apenas ocasionalmente
Consigo descansar e sentir-me descontraída	(0) Completamente (1) Normalmente (2) Não frequentemente (3) Nunca
Sinto-me apreensivo, com o estômago às voltas	(0) Nunca (1) Ocasionalmente (2) Frequentemente (3) Muito frequentemente
Sinto-me inquieto como se não conseguisse parar	(3) Muito mesmo (2) Bastante (1) Não muito (0) Nunca
Tenho sensações súbitas de pânico	(3) Muito frequentemente (2) Poucas vezes (1) Não muito frequentemente (0) Nunca
Total	

Tabela 4: Escala Clínica da Ansiedade (HALLSTROM e MCCLURE, 2000)

HALLSTROM, Cosmo; MCCLURE, Nicola – *Ansiedade e Depressão: perguntas e respostas*. 1ª Edição. Climepsi: Lisboa, 2000. ISBN: 972-8449-69-0.

ANEXO IV-

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton

Compreende 14 itens, dos quais 7 são referentes a sintomas de humor ansioso e os restantes a sintomas físicos de ansiedade. A classificação das respostas traduz-se pelos graus: 0 (ausente), 1 (ligeira), 2 (moderada), 3 (grave) e 4 (muito grave). Ao valor da pontuação total corresponde uma classificação da ansiedade: inferior a 8 (normal), 9 a 15 (ligeira), 16 a 25 (moderada) e superior a 26 (grave) (UFB, 2008).

Número	Item	Comportamento	Grau
1	Humor Ansioso	Preocupações, antecipação do pior, antecipação reciosa, irritabilidade.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fatigabilidade, reacção sobressaltada, choro fácil, tremores, sensações de inquietação, incapacidade em descontraír.	
3	Medo	Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, de tráfego, de multidões.	
4	Insónia	Dificuldade em adormecer, sono irregular, sono não reparador e cansaço ao levantar, sonhos, pesadelos, terrores nocturnos.	
5	Nível Intelectual	Dificuldade em concentrar-se, memória fraca.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, acordar cedo, oscilação de humor.	
7	Nível Somático (Muscular)	Dores em todo o corpo, contracções espasmódicas, rigidez, ranger de dentes, voz trémula.	
8	Nível Somático (Sensorial)	Tinido, visão turva, arrepios de calor e de frio, sensações de fraqueza, formigueiro.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dor torácica, vasos latejantes, sensações de desmaio, falta de pulsação.	
10	Sintomas Respiratórios	Pressão ou constrição no peito, sensações de sufoco, suspiros, dispneia.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Dificuldade em engolir, flatulência, dor abdominal, ardor, enchimento abdominal, azia, náuseas, vómitos, sensações de angústia, diarreia, perda de peso, obstipação.	

12	Sintomas Geniturinários	Micção frequente, urgência na micção, amenorreia, menorragia, desenvolvimento de frigidez, ejaculação precoce, perda de erecção, impotência.	
13	Sintomas Anatômicos	Boca seca, rubores, palidez, tendência para transpirar, tonturas, cefaleias provocadas pela tensão, pêlos arrepiados.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, «nervoso miudinho», inquieto ou andando de um lado para outro. Manifestando tremor nas mãos, testa franzida, rosto tenso, tonicidade muscular acrescida, palidez facial, tremor, dilatação pupilar, sudação, pálpebras a piscar.	
			Total

Tabela 2: Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (UFB, 2008).

A classificação das respostas traduz-se pelos graus: 0 (ausente), 1 (ligeira), 2 (moderada), 3 (grave) e 4 (muito grave). Ao valor da pontuação total corresponde uma classificação da ansiedade: inferior a 8 (normal), 9 a 15 (ligeira), 16 a 25 (moderada) e superior a 26 (grave) (UFB, 2008).

UFB – *Espaço Comportamental*: Escalas. [Em Linha]. 3 de Março de 2008. [Consultado em 5 de Outubro de 2015]. Disponível em WWW

<URL:<http://br.geocities.com/estagioildenor/EscAnsHamilton.doc>>

ANEXO V-

RESULTADO NOC-AUTOCONTROLO: ANSIEDADE

Resultado NOC – Autocontrolo: Ansiedade

Nome: _____

Data: _____

AUTOCONTROLO: ANSIEDADE	Nunca Demonstra	Demonstra Raramente	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Frequente/	Demonstra Sempre
Definição - Capacidade para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão resultantes de fontes identificadas. INDICADORES:					
Monitoriza a intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5
Diminui os estímulos do meio envolvente quando ansioso	1	2	3	4	5
Procura informação para redução da ansiedade	1	2	3	4	5
Planeia estratégias de coping para situações de stresse	1	2	3	4	5
Usa estratégias de coping efectivas	1	2	3	4	5
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5
Informa a diminuição da duração dos episódios	1	2	3	4	5
Informa o aumento do período de tempo entre os episódios	1	2	3	4	5
Mantém a representação de papéis	1	2	3	4	5
Mantém relações sociais	1	2	3	4	5
Mantém concentração	1	2	3	4	5
Informa a ausência de distorções de percepção sensoriais	1	2	3	4	5
Refere sono adequado	1	2	3	4	5
Informa a ausência de manifestações físicas da ansiedade	1	2	3	4	5

Manifestações comportamentais de ausência de ansiedade	1	2	3	4	5
Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5
Outros _____	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro

ANEXO VI-

JANELA DE JOHARI

A Janela de Johari (comunicação e relacionamento)

Questionário:

A competência interpessoal esta diretamente relacionada à capacidade de dar e receber informações relevantes. Abaixo, estão listados algumas situações referentes a este inter-relacionamento, com duas opções alternativas: (A e B).

Procure atribuir um total de dez (10) pontos às duas alternativas, distribuindo-os segundo uma das seguintes combinações:

$$(10/0) - (0/10) - (8/2) - (2/8) - (6/4) - (4/6)$$

1. Se eu entro em conflito com alguém que me é particularmente importante e com quem sinto que tenho que cooperar para atingir um dado fim, eu geralmente:

- a) () Sinto-me parcialmente responsável e tenho que me colocar na posição dele, vendo como pode estar a ser afetado.
- b) (...) Procuo não me envolver muito pois tenho receio que as nossas relações possam romper-se.

2. No diálogo com outra pessoa, percebo que a conversa está a polarizar em torno de assuntos que me são desconhecidos, na maior parte dos casos, eu:

- a) () Procuo desviar o curso da conversa para assuntos que eu domino.
- b) () Manifesto o meu desconhecimento abertamente sobre o assunto e estímulo o prosseguimento da conversa.

3. Quando alguém manifesta as suas impressões sobre o meu comportamento e a sua pouca eficácia, eu, frequentemente:

- a) () Encorajo-o para que me exemplifique e me explique melhor as suas impressões.
- b) () Tento explicar-lhe o “porquê” do meu comportamento.

4. Se um colega com que tenho um relacionamento próximo, passa a evitar-me e a agir de modo gentil, mas dissimulada, eu, geralmente:

- a) () Chamo-lhe à atenção sobre a sua atitude e peço-lhe que me diga o que está a ocorrer.
- b) () Comporto-me tal como ele é, relaciono-me superficialmente, já que é isto que ele deseja.

5. Se eu e um dos meus colegas tivemos no passado uma discussão no passado e notei que a partir de então, ele sente-se pouco à vontade, com a minha presença, eu:

- a). () Evito agravar a situação e deixo as coisas como estão;
- b) () Chamo a atenção para os efeitos da controvérsia do nosso relacionamento.

6. Se tem algum problema pessoal, torna-se irritável e descarrega a sua tensão em coisas sem importância e alguém o alerta sobre isso, como reage:

- a) () Diz que está preocupado e gostaria de ficar sozinho, sem ser questionado
- b) () Escuta as observações, sem tentar justificar a sua atitude.

7. Se eu observo que alguém com quem tenho um relacionamento relativamente bom, assume atitudes que limitam a minha eficácia, eu:

- a) () Guardo as minhas opiniões com receio de parecer intrometido
- b) () Digo o que sinto a respeito dessas atitudes.

8. Durante uma conversa se alguém, inadvertidamente, menciona algum aspeto que afeta a minha área de atuação, eu, normalmente:

- a) () Procuo estimulá-lo a falar, com o intuito de obter mais informações
- b) () Deixo-o à vontade para que, espontaneamente, me dê maiores informações.

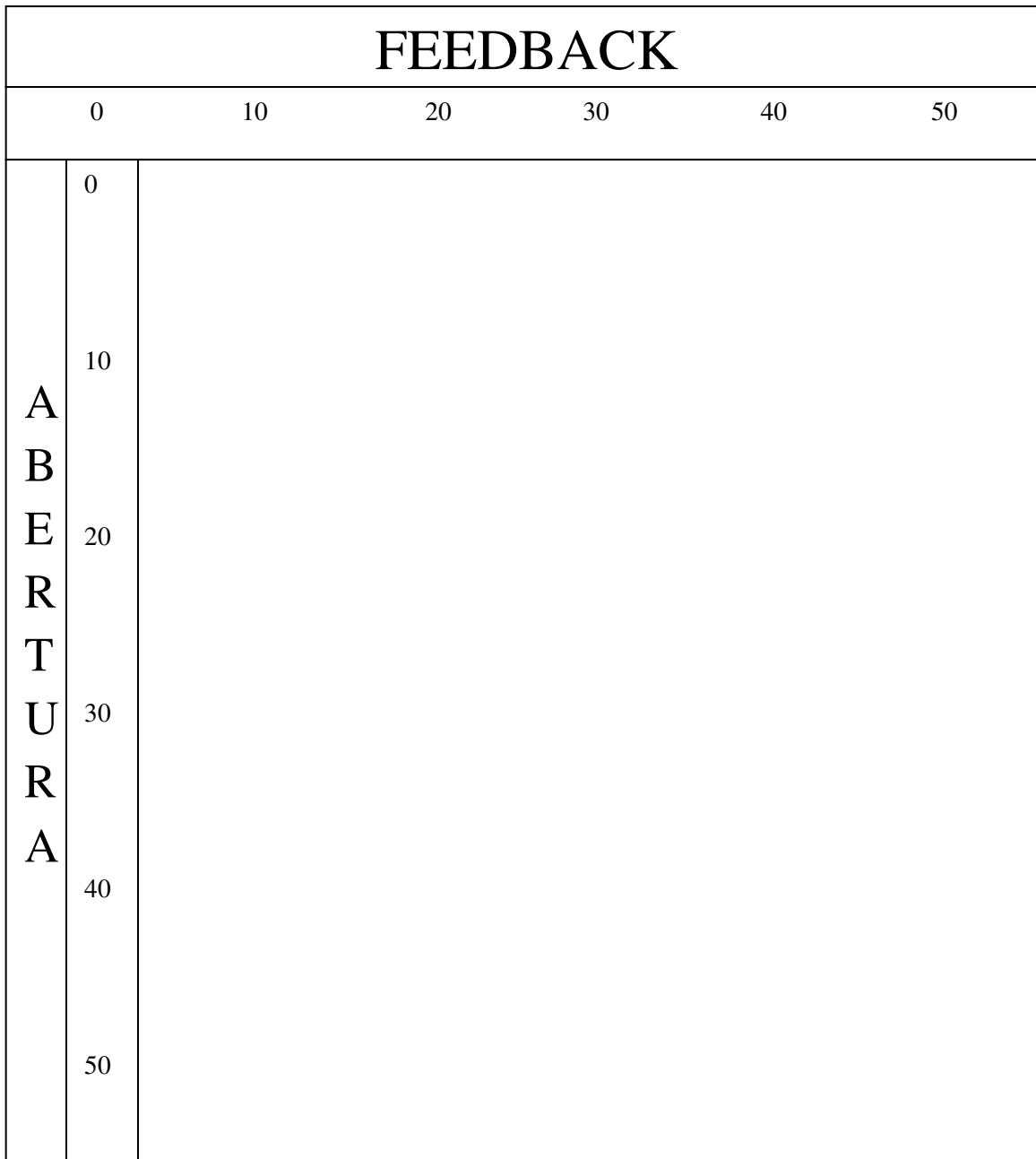
9. **Se me apercebo que alguém com quem me relaciono, se encontra tenso e preocupado e descarrega a sua irritação em coisas menores, eu:**
- a) () Procuro tratá-la com muito cuidado, pois tenho conhecimento que a fase é temporária e não é da minha conta.
- b) () Procuro conversar com ele e mostrar-lhe como está a afetar os outros ao seu redor, inclusive a mim.
10. **Ao conversar com alguém que é muito “sensível”, sobre a sua própria atuação, eu frequentemente:**
- a) () Evito lembrar-lhe os seus erros para não melindrar
- b) () Foco basicamente nos seus erros, numa tentativa de auxílio.

Tabela do resultado do questionário da janela de Johari

ABERTURA		
QUESTÕES	ITENS	PONTOS
1	A	
2	B	
7	B	
9	B	
10	B	
TOTAL		

FEEDBACK		
QUESTÕES	ITENS	PONTOS
3	A	
4	A	
5	B	
6	B	
8	A	
TOTAL		

Gráfico da janela de Johari



Q2	Q1
Q3	Q4

- Q1 contém aquilo que sabemos a nosso respeito, desconhecido pelo próprio.
- Q2 contém o que os outros conhecem a nosso respeito, conhecido pelo próprio e pelos outros
- Q3 contém aquilo que não sabemos a nosso respeito, desconhecido pelos outros
- Q4 contém aquilo que os outros desconhecem a nosso respeito, o “eu” desconhecido.¹