



# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Sara Margarida Lourenço Carvalhinha Ribeiro

LISBOA, Dezembro 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Sara Margarida Lourenço Carvalhinha Ribeiro

Sob orientação do Professor Paulo Seabra

LISBOA, Dezembro 2011

## RESUMO

O presente relatório descreve o caminho percorrido no Estágio, aquilo que vivi, o que desenvolvi, o que aprendi e acima de tudo o que modifiquei em mim e nos outros nas vertentes da promoção de estilos de vida diagnóstico e prevenção; intervenção em situação de crise no adulto e reabilitação e reinserção da pessoa com doença mental. A pessoa reveste-se de valores humanísticos – altruísta e a interacção é a chave para o cuidar holístico nos processos de saúde/doença mental ao longo do ciclo vital.

Na área da promoção da saúde, diagnóstico e prevenção de utentes Sem Abrigo, foram identificados problemas e/ou eventuais áreas de intervenção e feita a avaliação do estado de saúde geral dos Sem-abrigo. A técnica privilegiada foi a relação de ajuda - confiança. Constatou-se que os sintomas psicopatológicos limitam o funcionamento do sem abrigo. Das intervenções resultou uma melhor percepção estado de saúde dos Sem-Abrigo e da interacção estabelecida mediada pela relação de ajuda - confiança promoveu-se a mudança de comportamentos e para a melhoria do bem-estar da pessoa.

No âmbito da intervenção em situação de crise do adulto em meio prisional, face à problemática identificada, ansiedade e risco de suicídio em doentes depressivos, foram realizadas intervenções individuais e em grupos. Admissão do doente/recluso foi melhorada com a construção de um guia de acolhimento. As sessões de relaxamento e o projecto de prevenção do suicídio em doentes/reclusos com depressão contribuíram para a diminuição da problemática identificada. A formação sobre técnicas de relação de ajuda destinada aos pares, promoveu o conhecimento e melhoria da prática de cuidados.

Na vertente da reabilitação e reinserção do toxicodependente, realizaram-se entrevistas que contribuíram para uma melhor assistência em cuidados aos utentes atendendo às necessidades percebidas pelos mesmos. A identificação dos cuidados prestados pelas enfermeiras através técnica observação participante e a caracterização dos mesmos, possibilitou ter a percepção do modelo de intervenção utilizado e a melhoria das boas práticas. A promoção da formação dos pares na área da especialização mostrou ser uma mais-valia para a identificação e planeamento das intervenções de enfermagem.

As actividades/intervenções realizadas contribuíram para o autoconhecimento e compreensão das intervenções terapêuticas eficazes na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação objectivando a adequação das respostas da pessoa/doente/família face aos problemas relacionados com a doença mental.

**Palavras chave:** Doença mental, pessoa, avaliação, intervenções de enfermagem.

## ABSTRACT

The present report describes the way followed during the Internship, the experiences I have faced, the developments I have made, and most of all what I have learned that allowed me to improve myself and others regarding the promotion of healthy lifestyles diagnosis and prevention; intervention in crisis situations in adults, and the rehabilitation and reintegration of people with mental illness/disease. The human being is made of humanistic values - selfless and interaction is the key to holistic care in the processes of health / mental illness (disease) throughout the life cycle.

In the area of health promotion, diagnosis and prevention of Homelessness people, it was identified problems and / or possible areas of intervention and the evaluation was made for the overall health of the Homeless. The preferred technique was base in the relationship help-trust. It was found that the psychopathological symptoms limit the actions of homeless people. From the interventions resulted an improvement in the perception of health status for the Homeless and an interaction mediated by the relationship of help - trust promoting the changing in behavior and improving the human wellbeing.

As part of the intervention in a crisis situation in adult prisons, dealing with the problems identified, anxiety and suicide risk in depressed patients, individual and group interventions were made. The admission of the patient / inmate has been improved with the construction of a host guide. Relaxation sessions and the project for suicide prevention in patients / inmates with depression contributed to reduce the problems identified. The training on techniques of relationship help directed in pairs, promoted the understanding and improvement of care practices.

In terms of rehabilitation and reintegration of drug addicted people, there were interviews that contributed to an improvement in care services to the users as it was taken into account the needs perceived by them. The identification of the care services provided by nurses through the technique of observation participant and the description of them made possible to have the perception of the intervention model used and the improvement of the best practices. The promotion of training in pairs in the specialization area proved to be an asset for the identification and planning of nursing interventions.

The activities / interventions contributed to self-knowledge and understanding of effective therapeutic interventions in the promotion and protection of mental health, disease prevention, treatment and rehabilitation aiming at the matching of the responses of the person / patient / family facing the problems related to mental illness/disease.

**Keywords:** Mental disease, person, evaluation, nursing interventions.

## **AGRADECIMENTOS**

Este é espaço destinado a agradecer aqueles que de forma directa ou indirectamente me ajudaram a percorrer mais uma etapa da minha vida.

Em primeiro lugar agradecer à minha família e em especial ao meu marido e à minha filha pela amor incondicional, pela motivação e compreensão;

Ao Professor Paulo Seabra, a quem agradeço o apoio, a partilha de saberes, a disponibilidade e orientação prestada;

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos, colegas de trabalho e a todos os professores que comigo partilharam do seu saber.

A todos, **“Obrigado”**.

## LISTA DE SIGLAS

AMI – Assistência Médica Internacional

ARS – Avaliação do Risco Suicídio

BAI – *Beck Anxiety Inventory*

BDI – *Beck Depression Inventory*

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

DGSP – Direção Geral dos Serviços Prisionais

EP – Estabelecimento Prisional

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ET – Equipa de Tratamento

HPSJD – Hospital Prisional São João de Deus

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência

MDP – Manual de Desenvolvimento Profissional

MPCSM – Manual para Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMO – Programa de Manutenção Opiácea

PNSMP – Plano Nacional de Saúde Mental e Psiquiatria

QSG – Questionário de Saúde Geral

SF36 – *Short For 36*

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

STAY – State Trait Anxiety Inventory

UCP – Universidade Católica Portuguesa

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE APÊNDICES .....</b>	<b>8</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA - COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>12</b>
1.1- MODELO DE INTERVENÇÃO – JEAN WATSON .....	14
<b>CAPITULO II – ANÁLISE DO PERCURSO .....</b>	<b>16</b>
2.1. MODULO I – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO – EQUIPA DE RUA DA FUNDAÇÃO AMI .....	16
2.1.1. – Enquadramento conceptual módulo I.....	17
2.1.2. Objectivos/Actividades desenvolvidas no módulo I.....	20
2.1.3. Reflexão final .....	27
2.2. MODULO II: INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO – CLÍNICA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HPSJD .....	28
2.2.1. - Enquadramento conceptual módulo II.....	29
2.2.2. Objectivos/Actividades desenvolvidas no módulo II.....	30
2.3. MODULO III – REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO – EQUIPA DE TRATAMENTO DE OEIRAS .....	43
2.3.1. - Enquadramento conceptual módulo III.....	44
2.3.2. – Objectivos/Actividades desenvolvidas no Módulo III .....	46
2.3.3 – Reflexão final .....	54
<b>CAPITULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>65</b>

## ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A – PESQUISA E ANÁLISE REFLEXIVA – SEM ABRIGO .....	66
APÊNDICE B – “SAÚDE MENTAL DOS SEM ABRIGO - PROBLEMAS E/OU EVENTUAIS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE SMP” .....	67
APÊNDICE C – GUIA DE ACOLHIMENTO – CPSM DO HPSJD.....	68
APÊNDICE D – GUIÃO DE ENTREVISTA INICIAL.....	69
APÊNDICE E – ENTREVISTA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - “JL” .....	70
APÊNDICE F – ENTREVISTA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - “F” .....	71
APÊNDICE G – “SESSÕES DE RELAXAMENTO”.....	72
APÊNDICE H – “PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM MEIO PRISIONAL – PROMOVER ESTRATÉGIAS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM DOENTES COM DEPRESSÃO”.....	73
APÊNDICE I – “REFLEXÃO – ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA EM MEIO PRISIONAL”.....	74
APÊNDICE J – “RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR”.....	75
APÊNDICE K – “NECESSIDADE DE CUIDADOS DOS UTENTES EM PMO DA ET DE OEIRAS”.....	76
APÊNDICE L – “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PMO NUM ET - “COMO FAZEM AS ENFERMEIRAS, AQUILO QUE FAZEM?”.....	77
APÊNDICE M – REFLEXÃO - “OLHAR DE QUEM ESTÁ DE FORA...”....	78
APÊNDICE N – “DOENÇA MENTAL VS COMPORTAMENTOS ADITIVOS – FOCOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM”.....	79

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica e de acordo com o plano de estudo do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa foi-nos proposto a realização de um relatório como forma de avaliar a unidade curricular estágio.

O relatório consiste num “...documento definitivo, o produto final de um trabalho e tem duas finalidades. Primeiro, fornece um relato permanente, de um estudo de uma pesquisa ou de um trabalho. Segundo, fornece informação, tomada de decisões, e responsabiliza quem o apresenta” (Sussams, 1987). Desta forma, pretendo fazer o balanço do que projectei, do que fiz e do que modifiquei em mim e nos outros.

Assim, o presente trabalho não é mais do que um relato do percurso realizado para o qual defini os seguintes objectivos:

- Analisar os objectivos elaborados no projecto, que foram atingidos e o trabalho desenvolvido para os atingir;
- Evidenciar a pertinência dos objectivos traçados durante os ensinamentos clínicos e as actividades desenvolvidas para a sua concretização;
- Refletir sobre as intervenções realizadas nos estágios com vista a obter ganhos em saúde para utente/família/ comunidade, para uma assistência em enfermagem avançada na área de psiquiatria e saúde mental.

O estágio assume um papel preponderante na formação em enfermagem, e em concreto na formação de enfermeiros especialistas em SMP, destina-se a “...complementar a formação teórica-prática...” (Martin 2004, p.1) com o fim de conferir competências para a prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, tive oportunidade de adquirir ou desenvolver competências na área de especialização nas seguintes vertentes: promoção de estilo de vida, diagnóstico e prevenção (Modulo I – Equipa de Rua - Fundação AMI); intervenção na crise do adulto (Modulo II – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do HPSJD) e por último, na área da reabilitação e reinserção (Modulo III - Equipa de Tratamento de Oeiras). No total do estágio, cumpri as 750 horas estabelecidas no plano de estudos.

Em relação à escolha dos locais de estágio, dois foram da minha escolha, Modulo II e III e o Modulo I foi-me proposto pelo orientador de estágio Professor Paulo Seabra. As razões de escolha da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do HPSJD (Modulo II)

deveu-se ao facto conhecer bem a realidade (por ser o meu contexto de trabalho) e considerar que sendo este um serviço direccionado para a intervenção na crise do adulto seria um local onde poderia desenvolver competências nesse âmbito. O interesse pessoal que a problemática da toxicodependência sempre me despertou influenciado inevitavelmente pelo percurso profissional até então realizado foi a razão de escolha do estágio na ET de Oeiras encarando o contexto como propício ao desenvolvimento de competências no âmbito da reabilitação e reinserção da pessoa. O estágio que decorreu na Porta Amiga das Olaias – Equipa de Rua da AMI, tal como já referi, foi-me proposto pelo orientador de estágio - Professor Paulo Seabra, com o propósito de adquirir e desenvolver competências na área da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção. Encarei a escolha do contexto como mais um desafio, por ser uma realidade que desconhecia e por poder intervir fora da protecção do ambiente hospitalar tendo-se revelado uma experiência muito enriquecedora e gratificante.

Considerando o projecto um “... processo a utilizar [...] a pôr em prática, da acção a desenvolver, de sequência de actividades a realizar” Barbier (1993, p.57), o concretizado foi distante do projectado devido a questões de organização das instituições houve necessidade de reformular para dar resposta às necessidades do momento designadamente: impossibilidade de realizar o estágio no Centro de Saúde de Linda-a-Velha e conseqüentemente a operacionalização do objectivo de intervir na área da saúde no idoso (reabilitação/reinserção). Na ET de Oeiras o objectivo de promover/sensibilizar o toxicodependente para a parentalidade, desde a gravidez até primeira infância não foi operacionalizado uma vez que, no período em que decorreu o estágio, estava a decorrer a integração novos utentes e profissionais provenientes de outra ET havendo necessidade de direccionar as intervenções para outras áreas.

O presente relatório encontra-se organizado por capítulos designadamente: Capítulo I - Contextualização da Especialidade de Enfermagem em SMP- competências; Modelo de intervenção - Watson; Capítulo II – Análise do percurso respeitante a cada módulo que inclui a apresentação dos locais de estágio, contextualização dos módulos, objectivos /actividades desenvolvidas e uma reflexão (no final de cada modulo); Capítulo III – inclui a Reflexão final seguido da bibliografia e dos anexos e apêndices. Os apêndices incluem os trabalhos/reflexões realizadas ao longo do estágio (que considerei pertinentes para completar a fundamentação das actividades desenvolvidas). O referencial utilizado para a fundamentação do percurso realizado é sustentado pelo

metaparadigma – saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem – que segundo a OE (2006, p.171) servem de base para a elaboração dos padrões de qualidade cuidados enfermagem. A metodologia adoptada é a descritiva, reflexiva e analítica seguindo a norma portuguesa 405 de referenciação bibliográfica para elaboração de trabalhos escritos. Destaco ainda que, no presente momento de formação com vista a adquirir as competências inerentes ao enfermeiro especialista, tal como da minha prática clínica habitual está o respeito pelo código deontológico do enfermeiro (Decreto Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).

Apresentada a forma como estruturalmente foi organizado o presente relatório, a razão de ser, os objectivos e as razões que determinaram os três momentos do estágio, no *terminus* da introdução deste documento, resta fazer o balanço geral das intervenções realizadas e dos ganhos obtidos em saúde, a referir: Na área da promoção da saúde, diagnóstico e prevenção de utentes Sem Abrigo, as tive oportunidade de identificar problemas e/ou eventuais áreas de intervenção e avaliar o estado de saúde geral de uma amostra. Pude constatar que os sintomas psicopatológicos limitam o funcionamento do sem abrigo. A interacção estabelecida mediada pela relação de ajuda - confiança contribuiu para a mudança de alguns comportamentos e para a melhoria do bem-estar da pessoa; No âmbito da intervenção em situação de crise do adulto em meio prisional, face à problemática identificada, ansiedade/depressão e risco de suicídio realizei intervenções individuais e em grupos. Admissão do doente/recluso foi melhorada com a construção de um guia de acolhimento. As sessões de relaxamento e o projecto de prevenção do suicídio em doentes/reclusos com depressão contribuíram para a diminuição da problemática identificada. A formação sobre técnicas de relação de ajuda destinada aos pares, promoveu o conhecimento/reflexão sobre a prática de cuidados; Na vertente da reabilitação e reinserção do toxicodependente, realizei entrevistas que contribuíram para melhorar assistência em cuidados ao utente atendendo às necessidades percebidas pelos mesmos. A identificação dos cuidados prestados pelas enfermeiras através técnica observação participante e a caracterização dos mesmos, possibilitou ter a percepção do modelo de intervenção utilizado e a melhoria as boas práticas. A promoção da formação dos pares na área da especialização mostrou ser uma mais-valia para a identificação e planeamento das intervenções de enfermagem.

## CAPITULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA - COMPETÊNCIAS

A formação é um processo de aquisição de conhecimentos e capacidades que são trabalhadas do ponto de vista interno, reflexivo no objectivo de atribuir um significado tal que nos transforma, que nos constrói como seres singulares. Um processo onde prima a autonomia (somos nós os formadores!), a iniciativa própria de reflectir sobre determinado conhecimento de forma a ser rico de significação, de forma a adquirir competências pessoais ou profissionais e identidade. Lembrando autores como Josso (2004), as nossas experiências têm esta característica formadora “(...) vivemos uma infinidade de transações, de vivências; estas vivências atingem o status de experiências a partir do momento que fazemos um certo trabalho reflexivo sobre o que se passou e sobre o que foi observado, percebido e sentido” (p. 48) e portanto racionalizamos o vivido tomando consciência da sua importância e de como nos transformou. Ser Enfermeiro implica conhecimento e domínio de diversas técnicas e habilidades - competências - Saber Estar, Saber Ser e Saber Fazer.

Segundo a OE, o enfermeiro é detentor de competências em vários domínios designadamente: da prática profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais e de domínio específico da área de especialização. (OE 2009, p.11 e 12). A mesma fonte, reconhece no enfermeiro especialista em SMP, “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nas áreas específicas de enfermagem” designadamente:

- “ Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e de processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias para cada contexto;
- Prestar cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto da dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE 2009, p.22 e 27).

Nesta sequência, o enfermeiro especialista deve conduzir a sua *praxis* a partir do “reconhecimento dos adquiridos experienciais (...)” Canário (1999, p.112) da pessoa,

nunca esquecendo que, o adulto já passou por diversas fases do desenvolvimento, aprende tendo como ponto de partida a sua experiência e o que adquiriu pela escola da vida pois, o que por vezes parece ser errado pode ser o correcto para a situação daquela pessoa e que, até o errado pode ser o mais certo possível para o momento.

Tendencialmente na prática de cuidados de enfermagem o doente é tido como uma pessoa com necessidades a serem suprimidas. Facilmente testemunhamos isso na filosofia de construção de diagnósticos de enfermagem ou nos princípios estruturantes de modelos teóricos de enfermagem que nos guiam ainda hoje naquilo que se pretende que sejam cuidados humanizados. Ainda que não discorde totalmente nesta nossa forma de actuação, reflecto em como é necessário cada um de nós, enfermeiros, alargar a nossa visão para além destas mesmas necessidades que compõem o doente, até ao horizonte das suas potencialidades e de como a sua história de vida e, logo, a sua experiência e o que adquiriu desta, o poderão fazer elemento activo nos processos de saúde/doença.

Neste contexto, “ O enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente [...] os Cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE 2009, p.7-8). O futuro enfermeiro especialista em SMP no ensino clínico deve adquirir/desenvolver competências resultantes das acções realizadas como resposta aos seguintes objectivos (Guia de estágio, UCP 2010):

- *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP);*
- *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- *Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.*

Assim, ao longo do estágio, com vista a atingir os objectivos e adquirir/desenvolver as competências enunciadas tive sempre presente a perspectiva do cuidar holístico centrado no metaparadigma da enfermagem - pessoa, saúde, enfermagem e ambiente. Considero que, o campo específico da acção da enfermagem e em particular, na vertente

da SMP se deve à forma como os enfermeiros analisam esses conceitos (metaparadigma) e da relação entre eles. Nas acções/intervenções desenvolvidas no ensino clínico, tive por base o modelo de intervenção de Watson considerando:

■ “... o Cuidar do ser humano está relacionado com a resposta intersubjectiva à saúde – doença, interacção pessoa – ambiente, um conhecimento do processo de Cuidar em Enfermagem, autoconhecimento e conhecimento do seu próprio poder e das limitações das transacções” (Watson citando Cohen, 1991).

No subcapítulo seguinte farei uma breve contextualização do modelo de enfermagem que serviu de suporte às actividades desenvolvidas enquadrando-os na perspectiva da prestação de cuidados na área SMP.

### 1.1- MODELO DE INTERVENÇÃO – JEAN WATSON

A enfermagem psiquiátrica é um “...processo interpessoal que promove e mantém um comportamento no paciente, contribuindo para o seu funcionamento integrado. O paciente pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma comunidade”. Para os enfermeiros, é o ser humano em toda a sua força e vulnerabilidade que constitui o objecto da sua competência (Silva, 2002) em que “ a pratica do cuidar é vital para a enfermagem” Watson (citado por Tomey e Alligood, 2004 p.169)

Os enfermeiros orientam as suas acções/intervenções pelos princípios estruturantes de modelos teóricos de enfermagem através das quais promovem a identidade profissional e explicam o trabalho realizado. Partilhando do anteriormente exposto, durante o estágio desenvolvi a minha prática baseada num “grupo de conceitos relacionados que sugerem acções para conduzir a prática” (Tomey e Alligood, 2004, p.7) – cuidar, pessoa, ambiente e enfermagem - de acordo com o modelo de intervenção de Jean Watson. A mesma autora define os conceitos supracitados da seguinte forma:

*“cuidar é o ideal moral da Enfermagem por meio do qual o fim é protecção, realce e preservação da dignidade humana. Human Care envolve valores, uma vontade e um compromisso para com o Cuidar, conhecimento, acções de Cuidar e consequências [...] a Pessoa é valorizada em si mesma e para si mesma para ser cuidada, respeitada, nutrida, compreendida e auxiliada... como um ser completamente integrado funcionalmente. O homem é visto como maior e diferente que a soma de suas partes [...] ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha melhor acção para si num dado momento [...] Enfermagem é uma ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transacções de cuidado profissionais, pessoais, científicos, estéticos e éticos” (Watson, 2002)*

Segundo Watson (1985). “...o enfermeiro incumbe o fornecimento de apoio e protecção, com tomada de decisão científica. Ao cliente, cabem experiências positivas responsáveis por mudanças, as quais podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável”. Nesta linha de pensamento, o enfermeiro quando cuida entra no campo fenomenológico da pessoa, detecta, avalia e dá resposta às necessidades identificadas para dar início ao processo do cuidar orientados por dez factores cuidativos (Watson 1985) a referir:

*“Formação de um sistema de valores humanista- altruísta; Instilação (promoção) de Fé- Esperança; Desenvolvimento da sensibilidade face a si mesmo (self) e face aos outros; Estabelecimento da relação de ajuda/ confiança; Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; Uso sistemático do método científico na resolução de problemas para a tomada de decisão; Promoção do ensino/ aprendizagem interpessoal; Promoção de um ambiente de apoio e/ou correcção mental, físico, sociocultural e espiritual; Assistência com a satisfação das necessidades humanas e o Reconhecimento de forças existenciais fenomenológicas”.*

Nesta sequência, para compreender o processo terapêutico interpessoal ( enfermeira – pessoa) as actividades desenvolvidas durante o estágio nas três áreas de intervenção - Sem Abrigo, internamento de agudos em contexto prisional e por ultimo na area da toxicodependencia - foram guiadas por os dez factores cuidativos identificados. Procurei desta forma, dar resposta aos objectivos definidos para o ensino clinico e adquirir competencias (científica, técnica e humana) de enfermeira especialista em SMP. Os cuidados prestados estão “...relacionado com a resposta intersubjectiva à saúde – doença, interacção pessoa – ambiente, um conhecimento do processo de Cuidar em Enfermagem, autoconhecimento e conhecimento do seu próprio poder... o fim é protecção, realce e preservação da dignidade humana” Watson (citado por Cohen, 1991).

## CAPÍTULO II – ANÁLISE DO PERCURSO

A área de especialização de SMP está direccionada para projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental ao longo do ciclo vital com objectivo de promover a saúde, prevenir e tratar a doença, readaptar e reinserir na sociedade.

O MDP confere que “ O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos certificação de competências, numa área clínica especializada ...” (OE 2009, p.22 e 27). Nesta sequência, o presente capítulo destina-se há apresentação dos três momentos de estágio realizados, aos objectivos definidos para as três áreas de intervenção – promoção, intervenção e reabilitação – as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas/desenvolvidas. No final de cada módulo farei uma reflexão sobre o que foi realizado.

### 2.1. MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO – EQUIPA DE RUA DA FUNDAÇÃO AMI

O ensino clínico, Modulo I – foi realizado em parceria com a Equipa de Rua da fundação Assistência Medica Internacional (AMI) com o intuito de desenvolver competências na área de especialização em enfermagem SMP na vertente da promoção de estilo de vida, diagnóstico e prevenção. A Fundação AMI é uma Instituição Particular de Solidariedade, organizada por nove sectores entre os quais, a Acção Social, a que pertence a Porta Amiga das Olaias e a Equipa de Rua da AMI.

A Equipa de Rua da AMI surgiu com o intuito de colmatar/diminuir os fenómenos de pobreza na área de Lisboa prestando apoio aos sem abrigo na vertente social, psicológica e logística através de uma intervenção directa. As intervenções na área da Acção Social tem como objectivos promover e facilitar a inclusão e integração social de grupos com dificuldades de inserção geradoras de fenómenos de pobreza persistente (sem-abrigo; famílias desfavorecidas; desempregados de longa duração; toxicodependência, o alcoolismo, ruptura familiar, desprotecção social, o isolamento social e/ou outras formas de exclusão).

A Equipa de Rua é constituída por três técnicos - um psicólogo, uma assistente social e um sociólogo - que foram também, os facilitadores deste momento de estágio. Com o apoio/intervenção multidisciplinar a equipa pretende identificar necessidades, dar

respostas (às necessidades dos utentes) e prevenir a exclusão social criando estratégias para (re) inserir e encaminhar a pessoa privilegiando a relação de ajuda – confiança nas acções que realizam.

Na Porta Amiga das Olaias trabalha diariamente, a Coordenadora do Projecto, três Assistentes Sociais, Administrativa e pessoal auxiliar. Acrescentar ainda que, existem equipas de apoio domiciliário que prestam assistência (na higiene, alimentação) às pessoas desfavorecidas. Na Porta Amiga são proporcionados almoços, agasalhos, a possibilidade de tomar banho (segunda a sexta) aos sem abrigo acompanhados pelas equipas e o fornecimento de terapêutica (mediante prescrição médica). Outra das actividades realizadas no local é a educação para a saúde.

Dos relatórios anuais da Equipa de Rua da Fundação AMI pode constatar que a problemática do sem abrigo envolve: a satisfação das necessidades básicas (alimentação, roupa e abrigo), inserção (necessidade de trabalho, alojamento próprio e de documentação) e de Saúde (alcoholismo, toxicodependência e patologia mental). Para dar resposta a estas necessidades a equipa faz o acompanhamento dos utentes a consultas, exames, a comunidades terapêuticas/abrigos nocturnos e aquisição de documentos; sensibilização para prevenção da problemática do VIH e SIDA; e distribuição de roupa e agasalhos. (Relatórios anuais da Equipa de Rua da AMI).

A Equipa de Rua faz também o encaminhamento dos Sem-abrigo para os Centros Porta Amiga e Centros de Acolhimento com o objectivo de melhorar a qualidade de vida promovendo respostas integradas de várias áreas (serviços/comunidades de tratamento e/ou outras instituições) para colmatar e/ou diminuir as dificuldades da população abrangente.

### **2.1.1. – Enquadramento conceptual módulo I**

A OE acredita que “é no contexto da comunidade que, partindo da investigação das suas necessidades, é permitido compreender melhor os seus mecanismos e aumentar os conhecimentos nos quais os diferentes “artesãos de cuidados” se poderão apoiar” (OE 2007). Ao enfermeiro especialista, segundo a fonte citada anteriormente, compete “...aprofundar do conhecimento da pessoa já que, por definição os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”. (OE 2007, p.9)

Segundo o Plano Nacional Saúde Mental e Psiquiatria (PNSMP, 2004-2010) nos sem-abrigo a prevalência de perturbações psiquiátricas (incluindo abuso e/ou dependência de álcool e drogas) é superior a 90%. Enuncia também que existe comorbilidade dos problemas ligados ao álcool e vários problemas de saúde mental (Depressões, ansiedade, esquizofrenia e perturbações da personalidade). São Sem-abrigo (CIPE 2005, p. 102):

*“ ... Indivíduos ou Famílias sem residência fixa, normalmente associado a falta de recursos necessários para providenciar um abrigo adequado, nutrição inadequada, isolamento social, acesso limitado a instalações sanitárias e vulnerabilidade a riscos, por exemplo, doenças, violência e abuso de substâncias”.*

“Tornar-se sem abrigo resulta de um processo progressivo de perda de laços com...a família, a escola, o trabalho, a religião, a política e o lazer...” (Martins 2007 citando Bahr 1973) associado ao estigma “...frequentemente associada com doença mental, incapacidade física, religião ou história de comportamento criminoso” (CIPE 2005, p.80).

A pessoa sem abrigo todos os dias vive situações de medo, de preconceito por parte dos outros, baseadas fundamentalmente em ideias erróneas que provocam o sofrimento pessoal, discriminação e exclusão social, dificultando o acesso ao mundo do trabalho, promovendo um estilo de vida precário que podem levar à doença mental ou por causa desta, não têm capacidade para ter condições de habitação e de vida digna. No dia-a-dia, o sem abrigo procura satisfazer as necessidades que consideram fundamentais pois, viver na rua exige inúmeras regras, descobrir um conjunto de suportes e de rotinas que lhe garantam a sobrevivência tais como: gerir os horários das carrinhas que trazem alimentos, roupa ou agasalhos; de intervenção das autoridades, ou dos serviços municipais, para quem vive na rua estas são estratégias de sobrevivência! As intervenções de enfermagem envolvem mais do que mera execução técnica, conforme refere Almeida (2001) o “objectivo do acompanhamento não é estabelecer diagnósticos, mas sim identificar dificuldades, estratégias e recursos para lidar com a realidade”. A relação do cuidar é o “ encontro e acompanhamento da pessoa cuidadora com a pessoa cuidada” (Watson, 2002, p.111), no sentido de ajudar e de contribuir para o seu bem-estar e saúde (Hesbeen, 1999). Neste contexto, a confiança parece ter potencial terapêutico – “um efeito saudável ou um resultado em direcção à saúde ou bem-estar” (McMahon & Pearson 1991, citado por McMahon 1998, p.6 e 7).

A confiança é uma componente essencial da prática de enfermagem uma vez que, é um fundamento para as relações em cuidados de saúde (Reave, 2002). Assim, podemos afirmar que, nas situações de dependência e vulnerabilidade, como é o caso dos sem abrigo, a construção de laços de confiança entre a enfermeira e o doente revelam-se de particular importância. Sobre relação de confiança entende Chalifour (2008, p.83) que “a qualidade do contacto tem efeito directo na velocidade de estabelecimento do clima de confiança, na pertinência do diagnóstico estabelecido, nas intervenções a ser realizadas e na natureza da mudança que o cliente transportará para a sua vida...” Defende Watson (2002, p.129) que, “para promover o conforto o enfermeiro tem que inspirar confiança” O confortar inicia-se com a admissão do cliente e consubstancia-se na continuidade dos cuidados, é uma experiência de presença e conhecimento mútuo.

A relação de confiança com a pessoa em situação de Sem Abrigo, que precisa de ajuda, facilita o sucesso da relação de cuidar e a consequente obtenção de resultados terapêuticos. Na maioria das vezes, esta população, depara-se com um desequilíbrio da saúde/doença que inclui: baixa autoconfiança e um acréscimo da vulnerabilidade e a autonomia está comprometida necessitando de ajuda cuidar dos seus bens essenciais. Quando a confiança é desenvolvida, o indivíduo sentir-se-á capaz de partilhar seus pensamentos, sentimentos, e experiências; sentir-se-á seguro e confortável para pedir ou aceitar ajuda quando lhe é oferecida, o que potencia o efeito terapêutico da confiança.

Segundo Watson, a relação de ajuda – confiança promove a aceitação e a expressão de sentimentos (positivos e negativos) mediados pela congruência, empatia, o afeto não possessivo e a comunicação efectiva. A aceitação de sentimentos positivos e negativos “...alteram o pensamento e o comportamento, e estes precisam de ser levados em conta e permitidos, numa relação de cuidado” (Watson, 1979, p.44) e ajudam a compreender melhor os comportamentos que eles geram.

Perante o exposto, face à problemática que envolve a pessoa sem abrigo considero que as acções a desenvolvidas no estágio só foram possíveis após o estabelecimento de uma relação de confiança consolidada pela interacção e pela relação de ajuda.

Terminada a contextualização referente ao módulo I do estágio, os objectivos definidos para o mesmo, com vista a adquirir competências na área da promoção de estilo de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção foram os seguintes: I – Pesquisa e reflexão sobre questões/problemas de maior complexidade relacionados com a problemática do sem-abrigo, na área de especialização; II – Promover a relação de ajuda – Confiança; III -

Identificar problemas e/ou eventuais áreas de intervenção de SMP em pessoas Sem-abrigo; IV - Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa sem abrigo com patologia mental, na vertente da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção.

### **2.1.2. Objectivos/Actividades desenvolvidas no módulo I**

#### **Objectivo I: Pesquisar e reflectir sobre questões/problemas de maior complexidade relacionados com a problemática do sem-abrigo, na área de especialização.**

Para atingir o presente objectivo fiz alguma pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a documentação existente sobre a problemática da pessoa Sem Abrigo, intervenções e projectos existentes no combate a esta situação de vida. Por ser uma realidade por mim desconhecida – intervenções directas, em meio não protegido, aos Sem Abrigo – procurei adquirir algum “saber” partindo da leitura e análise reflexiva/critica sobre a temática - Conhecimento, Saúde Mental e Sem Abrigo, Estigmatização da doença Mental e do Sem-abrigo. Para tal, tiveram o seu contributo a análise/reflexão que realizei de três livros - “Cuidados de Saúde aos Sem-Abrigo – Que Realidades?”; “Sem Amor”; “Sem Abrigo” e o “Guia Prático Climepsi Alcoologia”) – assim como de artigos científicos (Apêndice A).

Após a análise reflexiva da literatura consultada, que me permitiu ter uma melhor percepção do que é ser sem abrigo e a problemática envolvente. Pude constatar que, inerentes à situação de sem abrigo está muitas vezes associada o abuso de droga e álcool (este ultimo é o mais frequente) numa população adulta (entre os 30-40 anos) alguns emigrantes (dos países de Leste e Cabe Verde) com dificuldades em regularizar a sua situação em Portugal o que dificulta o acesso ao emprego (dificuldades económicas) e/ou ausência de suporte familiar. No entanto, pude constatar nos contactos estabelecidos com os utentes que, existiam alguns casos que, eram os próprios a recusar a ajuda de familiares (por sentimento de abandono, vergonha entre outros). A esta condição de vida, está também fortemente associada a doença mental frequentemente, as perturbações da personalidade, transtornos psicóticos e distúrbios de ajustamento.

Nesta sequência, considero que o cuidar da pessoa sem abrigo deva ser orientado pela “ajuda na satisfação das necessidades humanas...aceitação de forcas existenciais – fenomenológicas...desenvolvimento da sensibilidade face a si mesmo (self) e face aos

outros” (Watson 1985) ou seja, o enfermeiro para além de identificar as necessidades humanas do outro, deve ser capaz de reconhecer as suas, deve usar e promover a sua sensibilidade e sentimentos; promover o auto-desenvolvimento e a auto-realização. Pois, na linha de pensamento da mesma autora, o conhecimento científico podem auxiliar os enfermeiros a ampliar a sua visão e perspectivas do mundo e a desenvolver o pensamento crítico, necessário nos cuidados de enfermagem.

Perante o exposto, acredito que a minha atitude e comportamento na presença da pessoa Sem-Abrigo beneficiou, e muito, desta actividade de pesquisa e reflexão na medida em que me ajudou a identificar as necessidades e/ou problemas para posteriormente poder planear as actividades na área de especialização.

### **Objectivo II: Promover a relação de ajuda - Confiança**

Considero que, a pedra basilar das intervenções de enfermagem é a relação de ajuda fundada numa relação de confiança mútua (enfermeiro - doente) e dela pode depender o sucesso do plano terapêutico. Watson entende que o enfermeiro durante o cuidar fomenta o “Estabelecimento da relação de ajuda/ confiança...promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos”. A relação de confiança como oportunamente referi, é primordial para estabelecer um plano terapêutico com o sem abrigo, não só é pretendida, como é cuidadosamente preservada pela equipa de rua.

Nesta sequência, durante os primeiros contactos com a pessoa sem abrigo adoptei uma postura de escuta activa, empatia e de aceitação para perceber a problemática envolvente de cada um. Notavelmente, a desconfiança, a desmotivação e o abuso de álcool/drogas são sentimentos/comportamentos característicos deste tipo de população o que torna mais difícil a abordagem. Quanto ao álcool (abuso), parece funcionar como promotor de status social, de convívio ligado a costumes e determinadas culturas.

Deparando-me com as dificuldades na abordagem dos utentes pelas razões apresentadas anteriormente, nos encontros seguintes em parceria com a equipa, como estratégia para fomentar/consolidar a relação de ajuda - confiança, resolvi proceder a uma breve avaliação do estado físico (avaliação de glicemias e tensão arterial) dos utentes. Por um lado, através dessa abordagem avaliei as necessidades físicas aproveitando o momento para fazer educação para a saúde de forma informal, de acordo com as necessidades identificadas por outro, permitiu uma maior aproximação do utente e conseqüente desta, houve possibilidade de estabelecer a técnica de relação de ajuda uma vez que, começava

a ser depositada e reconhecida a confiança permitindo ao utente expressar as suas emoções, dificuldades e necessidades de ajuda.

Watson (2002, p.55) afirma que “...para cuidar de alguém tenho de saber muitas coisas. Tenho de saber, por exemplo quem é o outro, quais são os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento; tenho de saber responder às suas necessidades e quais os meus próprios poderes e limitações”. É nesta perspectiva que o cuidar pode ser caracterizado, como um verdadeiro “ (...) encontro com o outro um estar disponível para o outro, numa relação de proximidade e ajuda na base da compreensão e confiança...” (Moniz 2003, p.26).

No estabelecimento da relação de confiança considerei os valores humanísticos – altruísta da pessoa, incluindo o estado mental, *insight* para situação actual e os conhecimentos que possuíam sob as suas capacidades e/ou tratamentos. Assim, durante os encontros informais (em contexto de rua) promovi ensinamentos de educação para a saúde, ensinei métodos de resolução de problemas promovendo o factor da “aceitação de forças existenciais – fenomenológicas” e a “instilação da fé-esperança” (Watson, 1985). Durante a interacção auscultei motivação dos utentes para participarem em programas de tratamento (médicos e/ou de desabituação) incentivando-os para a adesão e à promoção de hábitos de vida saudáveis para maior bem-estar físico e mental.

As estratégias de aproximação adoptadas foram bem recebidas pelos utentes e a equipa considerou ser uma mais-valia a presença do enfermeiro de SMP na medida em que, possibilita a avaliação do estado físico/mental do utente e funciona como elemento facilitador para a aproximação (promove a relação de confiança) para depois ser possível intervir. O processo de confiar desenrola-se por etapas, geralmente morosas, que exigem repetição de encontros propícios à interacção para o fortalecimento da relação de confiança e progresso de um plano terapêutico o que mostrou ser uma condicionante uma vez que, houve dificuldade na repetição desses mesmos encontros porque os utentes não se encontravam no local “habitual” ou o seu estado/comportamento não o permitiam. Sendo também este um ambiente não protegido (em contexto de rua), a realização de intervenções individuais e a sua continuidade neste tipo de população no curto tempo em que decorreu o estágio, torna-se insuficiente para motivar à sua adesão.

### **Objectivo III: Identificar problemas e/ou eventuais áreas de intervenção de SMP em pessoas Sem-abrigo**

Como anteriormente referi, de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada, à condição de sem abrigo está muitas vezes associada a doença mental razão pela qual decidi, com a colaboração da equipa, procurar identificar junto dos sem abrigo, problemas e/ou eventuais áreas de intervenção na área da SMP. Para dar resposta ao objectivo, realizei um trabalho escrito (um pequeno estudo) que descreve o percurso e os resultados obtidos - “Saúde Mental dos Sem-abrigo” (Apêndice B).

A pesquisa que contextualiza a pertinência do estudo assenta em três grandes temáticas nomeadamente: Saúde Mental e Sem-Abrigo, Comportamentos Aditivos e Comunicação terapêutica – Relação de Confiança. Entre a pesquisa bibliográfica realizada encontrei um artigo sobre “Contribuição para o Estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens” (Ribeiro e Antunes 2003, p. 37 -45) o qual, influenciou a escolha do instrumento de colheita de dados para o estudo. Com aplicação do QSG 28 pude identificar potenciais casos de perturbação psiquiátrica não psicótica e/ou na presença destes avaliar a severidade dos mesmos ou seja, apurar o desvio da saúde mental Golberg (1972 citado por Pasquali *et al.* 1996). A colheita de dados decorreu em 4 semanas.

Para não tornar exaustiva a exposição do percurso realizado para atingir o objectivo III, no presente relatório, apresento apenas os resultados que considere serem mais significativos remetendo os restantes resultados para consulta em anexo (Apêndice B).

A amostra foi constituída por 10 pessoas sem-abrigo (acompanhadas pela equipa de rua da AMI que voluntariamente quiseram participar) - 9 do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 36-67. O tempo de permanência na rua em média é de 10 anos - o mínimo é de 3 anos (uma pessoa) e o máximo 20 anos (2 pessoas). Cinco dos inquiridos apontaram a causa familiar como o motivo da condição de vida actual; 2 por desemprego e 3 não quiseram revelar. Do item referente aos comportamentos aditivos verificou-se que, 9 tinham consumos abusivos o que vai de encontro à literatura em relação à comorbilidade sem abrigo e o abuso de substâncias.

Os resultados obtidos pelo QSG -28 mostraram que: 50% dos inquiridos apresenta sintomatologia de doença mental. Da análise factorial dos subgrupos objectivou-se que, o subgrupo modal é a Ansiedade/Insónia ou seja, os utentes apontaram-nas como a

principais causas de comprometimento da sua autonomia no que se refere à realização das actividades usuais. Subsequentemente, os resultados demonstraram que a “Depressão Grave” (a seguir ansiedade e insónia) afecta a sua saúde mental e interfere no funcionamento dos inquiridos. Quanto à “disfunção Social” não foi atribuída grande significância/influência por parte dos inquiridos, no que se refere ao desempenho das actividades de vida diária, o que penso poder dever-se ao longo tempo de permanência dos mesmos na rua ao qual, já existiu uma adaptação ao ambiente onde vivem.

Consciente que, os resultados obtidos têm pouca evidência (devido ao reduzido tamanho da amostra) no entanto, foram uma mais-valia, na medida em que me permitiu identificar possíveis intervenções neste âmbito assim como, no treino da mobilização de prática de investigação dos cuidados de enfermagem e por último possibilitou dar resposta ao objectivo inicialmente traçado.

Na linha de pensamento de Watson, as acções desenvolvidas tiveram principal ênfase na “provisão de um ambiente de suporte, protector e corrector mental, físico e sociocultural e espiritual” e na “ajuda na satisfação das necessidades humanas” na medida em que a autora considera que se usem instrumentos já testados e validados para avaliar a capacidade individual para ajudar ou ajustar o planeamento dos cuidados e que também, o enfermeiro para além de identificar as necessidades humanas do outro, seja capaz de reconhecer as suas próprias. O anteriormente citado coaduna com o percurso efectuado.

O estágio e a equipa de rua, permitiram-me uma tomada de consciência adequada desta realidade e a possibilidade da recolha e organização de informação para dar resposta ao objectivo. Os ganhos para os utentes a meu entender, residiram no fornecimento de informação sobre a responsabilidade do seu próprio bem-estar e saúde, autocuidado e na determinação das suas necessidades ao que Watson definiu como sendo o factor cuidativo da promoção do ensino/aprendizagem interpessoal.

Perante o exposto, acrescentar ainda que, no meu entender, este tipo de população poderia beneficiar de intervenções no âmbito do treino de competências sociais e da criação de pequenos grupos de auto-ajuda integrados e organizados por pessoas que estejam a vivenciar ou vivenciaram esta problemática de modo a encontrar soluções através da partilha de experiencias com vista a reinserção social e familiar.

#### **Objectivo IV: Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa sem abrigo com patologia mental, na área da promoção de estilos de vida**

Segundo a OMS (2002), para promover uma integração sustentada da pessoa portadora de perturbação mental na comunidade de forma a “ensinar-lhes” a maneira de fazer face às suas incapacidades passa por um processo de recuperação e aquisição de aptidões práticas.

A presença de Doença Mental nem sempre é percebida no imediato. O bem-estar físico e psíquico está directamente ligado ao suporte social que a pessoa detém, “ Ao longo de toda a vida, o ser humano deve interagir eficazmente com o ambiente de forma a buscar nele os recursos indispensáveis à satisfação das suas necessidades. A sua capacidade para o fazer e a pertinência do suporte social obtido com este fim “...têm um impacto directo sobre a qualidade de vida” (Chalifour 2008, p. 263).

A presença de Doença Mental nem sempre é percebida no momento. As actividades realizadas no âmbito do presente ensino clínico nomeadamente, pesquisa e reflexão sobre a problemática envolvente do sem abrigo, a aproximação dos sem abrigo - estabelecimento da relação de confiança, identificação de problemas e/ou áreas de intervenção fundamentam/a pertinência operacionalizam o objectivo traçado – Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa sem abrigo com patologia mental.

Com o intuito de dar resposta ao objectivo traçado, promovi a educação para a saúde - de acordo com as necessidades identificadas pela pessoa, no “aqui e agora”, daí a característica de terem sido não planeadas. As intervenções realizadas assentaram essencialmente, na exploração da compreensão dos problemas subjacentes aos comportamentos aditivos e de ensino de habilidades de comunicação e assertividade pessoais e em sociedade (treino comunicação interpessoal, na gestão emocional da ansiedade, tristeza, impulsividade, irritação). Em algumas das abordagens, consegui o treino assertivo de comportamentos em alternativa á agressividade e/ou passividade e o desenvolvimento de capacidades assertivas na resolução de problemas.

Resultante destas intervenções, privilegiando a comunicação eficaz e assertiva, os ganhos obtidos foram: diminuição dos níveis de ansiedade da pessoa procurando soluções para atenuar/resolver o(s) problema(s) identificado(s); a aquisição de atitudes assertivas manifestadas por alguns gestos/atitudes como, o cumprimentar, dar e receber elogios, exprimir desacordo e até defender uma opinião/direito.

Em colaboração com a equipa do Centro Porta Amiga da Olaias para colmatar a falta de cuidados de enfermagem na instituição, ajudei na satisfação de algumas necessidades de cuidados no âmbito da avaliação estado físico (Tensão Arterial e Glicemias) dos utentes, de apoio na gestão medicamentos e decorrentes destas, a possibilidade de promover ensinamentos/orientação sobre hábitos alimentares e terapêuticos (na hipertensão e diabetes). Os utentes que recorriam aos cuidados de enfermagem entendiam que a presença da enfermagem como fundamental não só porque ajudam a resolver/gerir alguns dos seus problemas de saúde mas também por reverem na enfermeira disponibilidade para os ouvir e compreender sem os julgar.

Ainda em cooperação com a equipa e com o Dr. Domingos Barreiro da Santa Casa Da Misericórdia de Lisboa, colaborei na apresentação de uma sessão de educação para a saúde sobre “Prevenção de Doenças Respiratórias” destinada à população emigrante acompanhada pelo Centro. Atendendo aos comportamentos desadaptativos e às más condições em que vivem esta população, as doenças respiratórias são tidas como um dos factores limitativos do desempenho diário das suas actividades o que justificou a pertinência da sessão. Participaram cerca de 10 pessoas, com idades compreendidas entre 30-50 anos na maioria fumadores. A minha intervenção nesta sessão foi essencialmente em alertar os utentes para os factores de risco do desenvolvimento de doenças respiratórias, esclarecer os sinais e sintomas de algumas das patologias deste foro e incentivar a hábitos de vida saudáveis entre os quais, incentivar o abandono dos hábitos tabágicos e/ou alcoólicos. No final da sessão alguns utentes ficaram sensibilizados para deixar de fumar, interessando-se por saber “o que fazer e onde” (facultados os contactos da consulta de desabitação tabágica).

Sempre em colaboração com a Equipa de Rua da AMI tive ainda oportunidade de participar no encaminhamento e integração de um utente no Projecto “O Casa Primeiro”, destinado a sem abrigo com doença mental objectivando que a pessoa adquira/desenvolva competências para viver em sociedade de forma a melhorar o seu bem-estar psíquico, físico e social tornando-se mais funcionais e autónomos no desempenho das actividades de vida. Reconheço o mérito da equipa pois, este processo foi muito moroso pela dificuldade na abordagem do utente que apresentava sintomatologia psicótica: A minha acção foi muito curta (comparada com o tempo que o processo levou a ser concretizado) no entanto, considero ter sido importante e presidiu essencialmente (nos contactos possíveis), realçar ao utente os aspectos positivos do

projecto e incentivar à melhoria da sua condição de vida confrontando-o com os ganhos que daí poderiam advir. A equipa viu a minha intervenção como uma mais-valia e acreditam que seria muito útil ter na equipa uma enfermeira especialista em SMP o que facilitaria o processo de intervenção junto desta população. Colaborei ainda no acompanhamento e no encaminhamento de alguns utentes para centros de abrigo (VITAE, Abrigo da Graça).

Tendo por base o referencial teórica de enfermagem Watson (factores cuidativos) considero que, as acções de enfermagem realizadas com vista à concretização do presente objectivo foram orientadas por: a “Instilação (promoção) de Fé - Esperança”; “Desenvolvimento da sensibilidade face a si mesmo (self) e face aos outros” e a “promoção do ensino/aprendizagem interpessoal”.

### **2.1.3. Reflexão final**

De acordo com as actividades desenvolvidas no presente momento de estágio no âmbito da prestação de cuidados enfermagem especializados na área da SMP à pessoa sem abrigo considero ter adquirido/desenvolvido competências na vertente da prestação de cuidados na área de especialização; capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; identificação/diagnóstico de problemas, levantamento das necessidades e na projecção de áreas de intervenção de enfermagem. Resultante da interacção com os utentes/técnicos tive oportunidade de desenvolver conhecimentos sobre técnicas de comunicação e de técnicas de relação de ajuda de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Detive ainda a oportunidade reflectir sobre a minha prática como enfermeira e de desenvolver habilidades de trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

O cuidar holístico considerando a história de vida da pessoa no seu contexto psicossocial e cultural sediada pelo acolhimento e interacção mútua no meu entender, devem ser marcos a ter em conta para a orientação da prestação dos cuidados com o intuito de ajudar a pessoas sem-abrigo a lidar com a realidade, a compreender a dinâmica de suas relações, a reconhecer e admitir as suas habilidades/capacidades e potencialidades bem como aceitar, enfrentar e conviver com as limitações para uma melhor qualidade de vida. Perante o exposto, considero ter adquirido as competências inerentes à prática de cuidados de enfermagem especializada na área da promoção de

estilo de vida, diagnóstico e prevenção de promoção. Por essa razão, considero ter atingido totalmente os quatro objectivos a que me propus alcançar neste campo de estágio. No entanto, estou consciente que existe um longo caminho a percorrer para que o sem abrigo viva em comunidade com dignidade, sem preconceitos ou juízos de valor. Para tal, julgo ser de primordial importância o estabelecimento da relação de ajuda - confiança.

## 2.2. MÓDULO II: INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO – CLÍNICA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HPSJD

No ensino clínico, módulo II decorreu no Hospital Prisional São João de Deus (HPSJD), na Clínica Psiquiátrica e Saúde Mental (CPSM) com o objectivo de desenvolver competências no âmbito da intervenção em situação de crise no adulto. O HPSJD tem como missão - Prestar cuidados de saúde especializados a pessoas privadas da liberdade. O presente estágio que é também o meu contexto de trabalho foi orientado pela Enfermeira especialista em SMP Maria do Céu.

A CPSM do HPSJD tem a capacidade de internamento para 65 doentes/reclusos com doença mental (Homens e Mulheres) sendo que 27 camas se destinam a situações de doença aguda e as restantes para crónicos. Abrange a população prisional do País e Ilhas (por ser o único Hospital Prisional do País) e a admissão no serviço é feita por transferência (instituições hospitalares) ou pelas consultas de urgência ou programadas (que decorrem no serviço). Após a alta o doente/recluso regressa ao EP de origem.

A equipa é constituída por: psiquiatras; enfermeiros; psicólogos; técnico reeducação; terapeuta ocupacional; administrativa; assistentes operacionais e corpo de vigilância (guardas prisionais). As actividades desenvolvidas com estes doentes são essencialmente de cariz lúdico e ocupacional.

Associada à privação da liberdade frequentemente está a doença mental, podendo potenciar-se mutuamente ou seja, a doença mental pode conduzir à privação da liberdade ou pelo regime prisional (associado ou não ao abuso de substâncias) a pessoa pode desenvolver um quadro psicopatológico. Neste contexto, à perturbação mental versus privação da liberdade está muitas vezes associada a ideação suicida, hostilidade, Perturbações de Humor (Depressão e ansiedade), Transtornos Psicóticos. Os conflitos interpessoais (entre doentes e/ou com os técnicos) acontecem de um modo geral por:

diferenças individuais (devido às múltiplas interpretações da idade, o sexo, atitudes, crenças e os valores); limitações dos recursos (recursos insuficientes para todos e a justa partilha é difícil) e diferenciação de papéis.

### **2.2.1. - Enquadramento conceptual módulo II**

O enfermeiro que trabalha SMP num serviço de internamento, intervém junto do doente/família/comunidade com o objectivo da “... Resolução de uma crise imediata. Seu foco é no apoio, com a restauração do indivíduo a seu nível de funcionamento pré-crise ou possivelmente a um nível mais elevado de funcionamento. “O papel do terapeuta é de apoio directo” (Aguillera, 1998).

Segundo Kozier (2002, p. 31 citado por Pereira) crise significa a existência de “... uma alteração, uma mudança rápida, ou um acontecimento na vida que é estranho à experiência actual e altera o equilíbrio psicológico”.

A privação de liberdade é consequência ao indivíduo condenado pela prática de um crime do qual resulta, aplicação de medidas de segurança, avaliada em função da prática anterior de factos ilícitos tipificados como crimes pelo ordenamento jurídico-legal. Para Knowles (citado por Davies & Rees 2000, p.32-35) “ A limitação do contacto social, pode ser considerada como a principal causa de stress e alterações de comportamento verificadas durante os períodos de isolamento hospitalar... [em que]... apenas 8 horas de isolamento resultam em aumento significativo da ansiedade (...) uma baixa de auto-estima e sensação de perda de controlo, assim como uma maior incidência de depressão”.

Por sua vez, a doença mental (depressão) e a condição de reclusão com alguma frequência desencadeia actos de autodestruição nomeadamente tentativas de suicídio/suicídio. Segundo Daniel Sampaio (2000, p. 152). “A autodestruição surge após múltiplas perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, rupturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobrevivência...”.

O suicídio é, em geral, a expressão final de um estado psíquico de limitação da liberdade. Pensar no suicídio, a ideia de atentar contra a própria vida, é um sintoma frequente das perturbações depressivas, a pessoa já não consegue suportar os sintomas da depressão e vê o suicídio como a solução, a saída do sofrimento, o impacto da

doença ou dos acontecimentos de vida experienciados (problemas financeiros, profissionais, conflitos e perdas interpessoais) estão amplamente relacionados com o comportamento autolesivo (Sher et al., 2001), em que a utilização de coping adaptativo durante o decurso da doença, reveste-se de grande importância (Moreira, 2008), para a diminuição do sofrimento e aquisição de comportamentos e estratégias de adaptação ao longo do ciclo vital.

O enfermeiro mobilizando as competências inerentes à sua praxis, avalia os comportamentos, emoções e sentimentos presentes no doente, identifica quando estes abrangem situações de raiva, hostilidade e violência (Chalifour 2008, p. 245). Nesta sequência, o enfermeiro especialista em SMP assume um papel fundamental na recuperação da saúde mental do doente utilizando a relação de ajuda e as intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas para facilitarem uma resposta adaptativa com vista a recuperação da saúde mental da pessoa.

Terminado o enquadramento conceptual acerca da intervenção em situação de crise no adulto com vista a adquirir competências na área, enuncio de seguida os objectivos delineados para o presente campo de estágio, a referir: I - Melhorar a qualidade de admissão dos doentes reclusos; II – Intervir junto do doente com perturbação mental em crise; III – Dinamizar intervenções com grupos; IV – Desenvolver um projecto de prevenção do suicídio em doentes/reclusos com depressão; V – Dinamizar a formação em serviço. No subcapítulo seguinte farei a abordagem às actividades/competências desenvolvidas para atingir os objectivos propostos.

### **2.2.2. Objectivos/Actividades desenvolvidas no módulo II**

#### **Objectivo I: Melhorar a qualidade de admissão dos doentes/reclusos**

O acolhimento do doente em crise num serviço de internamento assume ser de extrema importância pois, é o momento fulcral para dar início do estabelecimento de uma verdadeira atitude terapêutica. O enfermeiro, estabelece o primeiro contacto com o doente, observa e define e planifica algumas intervenções para no momento oportuno as por em prática.

Em consenso com a equipa, pude aferir que era uma necessidade do serviço existir um documento que fosse entregue ao doente no momento da admissão. Propôs-me a dar o meu contributo para colmatar esta necessidade realizando um panfleto – “Guia de

Acolhimento”. (Apêndice C) - visou dar resposta ao objectivo I – melhorar a qualidade de admissão dos doentes/reclusos. O primeiro passo para a concretização do panfleto de admissão identificado “Guia de Acolhimento” foi reunir com a equipa para em conjunto serem definidos os itens a incluir no panfleto. Foi consensual que o documento incluísse os seguintes itens: procedimentos no momento da admissão; horários de funcionamento dos serviços de apoio; horários destinados ao lazer; horários das visitas; as actividades desenvolvidas pela equipa e os elementos que a integram e por último a morada e os contactos. Informações estas, igualmente úteis para os familiares dos doentes/reclusos.

Ficou definido pela equipa que o panfleto sempre que possível deveria ser entregue no momento da entrevista inicial ao doente. Reconheço que, nem sempre será possível entregar ao doente esta brochura informativa no momento da chegada ao serviço, atendendo à sua condição doença (ex. do doente psicótico). Ainda assim, considero que, o panfleto pode ser muito útil e se no momento da admissão o doente se encontra “para além do mundo real!” porque não entregá-lo quando o doente estiver melhorado? Aos olhos da equipa o Guia de acolhimento em qualquer que seja o momento da entrega reveste-se de grande utilidade pois, para além das vantagens anteriormente citadas, serve para dar a conhecer algumas das normas e regras do serviço importantes para o estabelecimento de limites muitas vezes abalados ou inexistentes neste tipo de população. A escolhas dos itens a incluir foram prudentemente escolhidos respeitando as regras de segurança vigentes no contexto prisional.

Não é decerto no momento do acolhimento que se muda padrões ou se modifica a matriz interna de um doente contudo, inicia-se nesse momento a relação terapêutica capaz de modificar o doente, capaz de atingir grandes objectivos a curto e médio prazo. Na perspectiva de Watson (citada por Hesbeen, 2000) os cuidados de enfermagem, são constituídos pelo essencial e pelo acessório. Na linha de pensamento da autora, “essência dos cuidados de enfermagem é a acção interpessoal do enfermeiro e do doente com vista a produzir um resultado terapêutico...o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados”.

Nesta sequência, julgo que o “Guia de acolhimento” se insere no acessório dos cuidados de enfermagem (Watson, citada por Hesbeen 2000) na medida em que, ajuda o doente/recluso a tomar conhecimento de algumas das normas e procedimentos do serviço, actividades desenvolvidas e do contexto dos cuidados objectivando a qualidade

necessária e desejável para a prestação dos cuidados. O panfleto encontra-se implementado no serviço homologado pela Direcção do Hospital.

### **Objectivo II: Intervir junto do doente com perturbação mental em crise**

“O enfermeiro tem de estar preparado para identificar ou antecipar as necessidades que possam ser importantes para determinados processos de saúde-doença... [o cuidar em enfermagem]... é saber responder às necessidades de cada doente, é ter de recorrer a um complexo altamente criativo para encontrar as melhores soluções” (Watson, 1988). Segundo Stuart & Laraia (2001) “assistência holística na enfermagem psiquiátrica exige que o enfermeiro complete uma avaliação do estado de saúde biológica, psicológica e sociocultural da pessoa. Estes dados serão a base para a formulação de diagnósticos de enfermagem e planeamento das intervenções a realizar”.

Neste contexto, durante o estágio colaborei na avaliação do estado mental dos doentes internados para reconhecimento e identificação de problemas/necessidades dos mesmos com vista a dar resposta ao objectivo - intervir junto do doente com perturbação mental em crise realizei duas entrevistas doentes/reclusos internados na CPSM, a partir das quais planeei e executei intervenções de enfermagem e por ultimo, avaliei os resultados.

Para tal, comecei por elaborar um “guião de entrevista inicial” (adaptado à realidade - Apêndice D) que serviu de fio condutor para a recolha dos dados nas seguintes áreas: histórico de saúde, história pessoal desde a gestação até á actualidade, exame físico sumário, avaliação mental e avaliação familiar. Os papéis e espaços foram antecipadamente definidos e as entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade do doente atendendo à própria organização do serviço (rotinas e questões de segurança) respeitando sempre a confidencialidade e consentimento. Foi pedido aos doentes a autorização da realização da entrevista e o seu seguimento, recolha dos dados, consulta do processo clínico e o registo dos dados pertinentes a serem comunicados à equipa. No final de cada sessão (e na ultima sessão) foi feita a avaliação das intervenções realizadas, os resultados e os ganhos obtidos em saúde. Para não tornar exaustiva a apresentação das acções desenvolvidas com os doentes, remeto para anexo o percurso realizado, descrevendo sumariamente no presente relatório, os focos identificados e os resultados obtidos.

### **Entrevista inicial – Intervenções de enfermagem - Sr. “JL” (Apêndice E)**

O doente JL é do sexo masculino tem 37 anos de idade e estava internado na CPSM por Síndrome Depressivo e Tentativa Suicídio. Antecedentes pessoais: tentativas de suicídio, HIV e consumos abusivos de álcool e drogas. O “JL” recorda uma infância, pautada por conflitos entre os progenitores (ambos já faleceram) e com os familiares, tem duas irmãs que diz não conhecer, o pai era alcoólico e foi uma pessoa muito ausente. Refere ainda graves problemas económicos.

Após a recolha de dados e a consequente identificação dos focos foi possível planear as intervenções de enfermagem com o principal objectivo melhorar o funcionamento do “JL”. Nesta sequência, as intervenções de enfermagem visaram os seguintes focos - risco de auto agressão/ideação suicida, auto estima diminuída e pensamento alterado – que decorreram em seis encontros com o “JL”.

Numa avaliação do percurso realizado, na perspectiva do doente, as sessões contribuíram essencialmente para o seu auto-conhecimento, aumento da autoconfiança e auto-estima que se repercutiu num melhor bem-estar - psíquico, físico e inter-relacional. A relação de ajuda e a interacção estabelecida foi igualmente frutífera pois, o “JL” passou a frequentar algumas das actividades realizadas no serviço mostrando-se muito confiante e participativo. A inexistência de ideação suicida (a partir da 3ª sessão de acordo com a escala de classificação do risco de suicídio da OMS) comprova igualmente a eficácia e adequação das actividades desenvolvidas nesse campo.

### **Entrevista inicial – Intervenções de enfermagem - Sr. “F” (Apêndice F)**

O doente/recluso “F” é do sexo masculino tem 21 anos de idade e estava internado na CPSM por Esquizofrenia e abuso de substâncias. Como antecedentes pessoais: hábitos de consumos tabágicos, alcoólicos e estupefaciente, prática de comportamentos de risco que resultou em contaminação por HIV; vários internamentos em psiquiatria com abandono de terapêutica. O doente F recorda um passado marcado por relações conflituosas; abandono do lar; por pobreza; fuga de instituições de apoio social.

Após a avaliação das necessidades de cuidados do doente considerei como principais focos de intervenção os seguintes: Conhecimento sobre saúde diminuído; Socialização diminuída; Auto-estima diminuída; Pensamento alterado (Pensamento delirante, ansiedade e comportamento social inapropriado); Coping não eficaz e Sono Alterado.

Nas quatro sessões que se seguiram à entrevista, foram realizadas intervenções de enfermagem com vista a ajudar o doente a recuperar o funcionamento pré crise ou se possível melhorar.

Atendendo ao percurso de infância do “F” procurei numa das sessões à luz da Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson identificar/explicar alguns dos seus comportamentos através da avaliação das suas vivências e as conseqüentes repercussões no estado de doença actual. Tal como o autor referido anteriormente entendo que:

*“...o desenvolvimento é um processo contínuo, e portanto, decorrente desde o nascimento até à morte e no qual o sujeito assume um papel activo... [em que]...as crises que são resolvidas pelo pólo negativo dificultam o desenvolvimento e podem afectar a resolução das crises dos posteriores estádios. A resolução das crises pelo pólo positivo ou negativo, resulta respectivamente, na aquisição de competências ou não” (Erikson citado por Shaffer, 2005).*

Desta forma, pude constatar que, o “F” no seu percurso de vida na presença de tensão e/ou conflito terá resolvido as crises maioritariamente pelo pólo negativo o que dificultou o seu desenvolvimento e a conseqüente aquisição de poucas competências para viver e conviver em sociedade. Na minha opinião, percurso de vida do “F” poderá ter influenciado o seu estado de saúde mental actual e à situação de reclusão.

Auscultada a dificuldade de o F expressar o seu pensamento, sentimentos e emoções optei fazer uma avaliação do estado psicopatológico do doente através de técnicas de arte-terapia - desenho. Entende Campos (2002, p.24) que, o desenho é um “ instrumento de auxílio para avaliação do doente...são os primeiros a indicar estados psicopatológico em pessoas com distúrbios emocionais...”. Da análise do desenho transparece que: existe um desenvolvimento físico e psíquico foi marcado por traumatismos, por insegurança emocional, medo, agressividade e dissimulação, desejo de protecção, dificuldade de interacção social pela não-aceitação do meio, dificuldade no controlo dos impulsos do corpo e de regressão e falta de expressão do eu.

Numa análise das duas actividades enunciadas anteriormente e todas as outras que desenvolvi durante os quatro encontros com o “F” considero que, os resultados obtidos revelam progressos no sentido de: melhorar a sua adaptação à situação actual e no redescobrir do seu eu que estava fragilizado; na capacidade de identificação de alguns dos sinais/sintomas da doença passando a cumprir o esquema terapêutico, melhoria na relação com o outro (participação em grupos terapêuticos), demonstração de capacidade de adiar a satisfação dos seus desejos e por último o padrão do sono foi restabelecido.

Reflectindo sobre o concretizado considero que, o sucesso deveu-se grandemente ao estabelecimento de relação terapêutica eficaz baseada na empatia, escuta, respeito e aceitação. Atendendo às necessidades identificadas avalio as intervenções realizadas como tendo sido adequadas uma vez que, em ambos os doentes houve ganhos em saúde e conseqüentemente melhoria do bem-estar. Ficou também claro para mim que, as vivências da pessoa ao longo das diferentes etapas da vida podem estar na base do despoletar da doença mental e conseqüentemente, podem alterar os comportamentos ao ponto de a sociedade os considerar puníveis ao abrigo da Lei.

Ponderando as actividades que realizei com o objectivo de intervir junto do doente em crise considero ter obtidos ganhos como pessoa e com profissional. Á luz da Teoria do Cuidar de Watson (1985), na interacção com o doente, permitiu-me: reflectir e analisar os meus valores e crenças; promover o comportamento altruista em relação aos outros; promover o auto-desenvolvimento e a auto-realização; desenvolver a técnica de relação de ajuda - confiança; determinar necessidades e a promover o seu próprio crescimento.

A meu entender, a entrevista inicial reveste-se de primordial importância para a identificação das necessidades de cuidados do doente e também para delinear/projectar futuras intervenções de enfermagem para o ajudar na satisfação das suas necessidades.

### **Objectivo III: Dinamizar intervenções com os grupos**

O objectivo – Dinamizar intervenções com grupos – surgiu de uma necessidade por mim identificada na medida em que, na CPSM são realizadas poucas intervenções desta natureza e que na minha perspectiva, podiam ser muito importantes para o desenvolvimento de competências sociais e pessoais uma vez que o doente privado da liberdade por si só tem tendência a isolar-se e a adoptar um comportamento antissocial.

As actividades desenvolvidas com vista a atingir este objectivo foram: implementar um grupo de intervenção “ Sessões de relaxamento” com objectivo de diminuir os níveis de ansiedade dos doentes/reclusos; dinamizar/liderar uma “Reunião comunitária” e a realização de duas actividades com vista a promover competências comunicacionais e relacionais em parceria com duas alunas da licenciatura em enfermagem (durante a orientação e supervisão das mesmas).

#### **Actividade - “Sessões de Relaxamento” (Apêndice G)**

A ansiedade associada à patologia psiquiátrica/privação da liberdade é uma das manifestações mais notáveis nos doentes internados na CPSM. Identificada a

problemática importa neste momento definir as estratégias e o percurso a realizar com vista a reduzir os níveis de ansiedade dos doentes/reclusos internados.

A primeira etapa consistiu em fazer uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da qual pude constatar que, associadas à redução dos níveis de ansiedade estão muitas vezes, as técnicas de relaxamento. Considerando a pesquisa realizada e o contexto onde se desenvolveriam as actividades optei por formar um grupo - “sessões de relaxamento” (num total de 4 sessões) com objectivo de intervir junto da problemática identificada.

O grupo foi constituído por seis doentes cujos critérios de inclusão foram: a presença de níveis elevados de ansiedade (avaliados pelo Inventário da Ansiedade de Beck – BAI); ausência de sintomas psicóticos e/ou alterações de comportamento e saber ler e escrever (para auto-preenchimento das escalas).

A cada sessão, no início e final, foram avaliados os sinais vitais (TA e pulso) para averiguar as repercussões da sessão de relaxamento sobre a sintomatologia física da ansiedade. Foi também pedido aos doentes que no início e final de cada sessão preenchessem um questionário/escala STAI Y-1 (inventário de sintomas de ansiedade) para avaliar o grau de ansiedade nos dois momentos. Na quarta sessão para além do preenchimento do STAI Y-1 foi pedido aos doentes que preenchessem o BAI com a finalidade de avaliar a eficácia das intervenções realizadas através dos resultados comparativos dos níveis de ansiedade da primeira e da quarta sessão.

Concretamente, cada sessão comportava duas partes, uma primeira em que as actividades desenvolvidas pretendiam “quebrar o gelo”, promover a interacção entre os participantes, permitida a partilha de experiencias, expressão de emoções e sentimentos aproveitando o momento para serem melhoradas as competências sociais e os níveis de confiança. Na segunda parte, a realização de técnicas de relaxamento progressivo seguindo as etapas de Jacobson.

No período em que decorreram as sessões o grupo ficou reduzido a três doentes, 2 tiveram alta e um teve de ser excluído do grupo ter iniciado um quadro de sintomatologia psicótica. Da análise comparativa dos níveis de ansiedade de três doentes na primeira e na quarta sessão constatou-se que actualmente os níveis de ansiedade eram moderados contrastando com níveis elevados da primeira sessão (de acordo com o BAI e STAI) podendo assim afirmar-se que as acções implementadas com o objectivo de reduzir os níveis de ansiedade mostraram ser pertinentes e

adequadas. As sessões possibilitaram também promover a interacção, a auto e heteroconfiança e a partilha de experiencias/ emoções.

Pude ainda aferir que as principais causas de ansiedade manifestada por os três doentes (que integraram o grupo) se deviam essencialmente à alteração psicossocial motivada pela condição de reclusão (inadaptação à mudança de vida), à dificuldade em controlar os sintomas e à dificuldade de aceitação do estado de saúde. Os ganhos em saúde foram a redução dos níveis de ansiedade resultantes das sessões de relaxamento e concomitantemente a aquisição/desenvolvimento de competências sociais e pessoais

As sessões de relaxamento ficaram implementadas no serviço o que considero ter sido um ganho pessoal poder promover a dinamização do serviço e deixar o meu contributo. Pude ainda constatar que, intervenções desta natureza junto de pessoas com esta problemática (reclusão e ansiedade) beneficiam de grupos desta natureza na medida em que reduzem os níveis de ansiedade, melhoram a adesão ao tratamento o que se traduz em aumento do bem-estar.

#### **Actividade: Dinamização/moderação de uma “Reunião comunitária”**

Durante o estágio tive a oportunidade de colaborar/ participar em projectos do serviço nomeadamente na dinamização/moderação de uma das “Reuniões Comunitárias”. Caracteriza este tipo de actividades o facto de não haver uma estrutura formal definida isto é, os temas são da escolha dos doentes que depois em grupo são discutidos. Os técnicos envolvidos são: uma psicóloga, uma técnica de reeducação social, um terapeuta ocupacional e um enfermeiro. De uma forma geral os assuntos privilegiados pelos doentes são: as rotinas/funcionamento do serviço (saúde e vigilância). O momento é também aproveitado pelos doentes para fazer pedidos aos técnicos presentes (pedidos de cartões de telefone, de entrada de visitas, e de telefonemas...).

Na “Reunião Comunitária” que tive oportunidade de moderar os doentes estavam muito contestatários e irreverentes (que se prendiam a questões de ordem legal) tendo havido a necessidade de em alguns momento estabelecer limites, confrontar e orientar para a realidade para que a reunião prosseguisse. As estratégias/técnicas utilizadas durante a reunião foram assertivas na medida em que, aceitando e valorizando as preocupações manifestadas pelo grupo consegui que, reflectissem sobre a importância de saber adiar a satisfação das necessidades perante determinadas situações demonstrando-lhes que, nem sempre, estão ao alcance os recursos necessários e comprometendo-me, dentro das

minhas possibilidades, colocar à consideração da equipa os problemas identificados procurando minimizá-los ou resolvê-los.

Esta actividade, permitiu-me desenvolver habilidades de gestão e liderança de situações imprevistas e/ou complexas assim como, aplicação de conhecimentos especializados na área da especialidade de SMP através do uso de técnicas de orientação para a realidade, confrontação e de estabelecimento de limites.

### **Actividade: Treino de competências**

A presente actividade insere-se no âmbito da orientação do estágio de duas alunas do curso de licenciatura em enfermagem. Em parceria com as alunas e a equipa, procurou-se dinamizar as intervenções em grupo com o objectivo de, promover o treino de competências nos doentes. Como oportunamente referi, no contexto em que se desenvolveu o ensino clínico, evidencia-se a necessidade de intervenção no âmbito do treino de competências, uma vez que à doença mental e à condição de privação da liberdade se encontram fortemente associadas ausência ou poucas competências do doente para viver em sociedade.

Atendendo às necessidades dos doentes e para garantir a sua participação, sugeri que as escolhas das actividades fossem escolhidas pelos próprios de acordo com as suas preferências. Tal como Andrade e Pedrão (2005) considero que, “importa ir ao encontro dos interesses ou necessidades sentidas pelas pessoas a quem é dirigida a acção”. Assim, junto dos doentes podemos aferir que existiam duas actividades que de uma forma geral todos gostavam: desporto e música. Nesta sequência, foram propostas as actividades: Jogo de Voleibol e a “Musicalidade reciclável”.

Na primeira fase, procedeu-se à reunião dos recursos necessários para as actividades. Seguidamente, foram construídos os instrumentos musicais e a letra da música. O empenhamento dos doentes foi notável o que pode ser justificado pelo facto das actividades terem sido escolhidas pelos doentes pois, tal como George (2000, p.258 citando Watson 1988) acredito que, a pessoa deve ser “...valorizada em si mesma e para si mesma para ser cuidada... compreendida e auxiliada”.

As actividades decorreram como planeado, realizou-se o jogo de voleibol e utilizando a letra da musica (redigida pelos próprios) e os instrumentos musicais construídos organizou-se uma sessão para apresentação dos mesmos aos restantes técnicos. No final

das actividades foi notável a satisfação dos doentes os quais foram verbalizando que, “por alguns momentos esqueci-me que estavam doente e preso...” (sic).

Desta forma, considero que as actividades contribuíram em ganhos para a saúde do doente nomeadamente, no treino de competências. A actividade do *Voleibol* permitiu desenvolver competências sociais mediadas pelo aumento da autoconfiança e do autocontrolo e inevitavelmente provocaram a diminuição dos sintomas físicos de ansiedade e stress. A actividade “Musicalidade Reciclável” permitiu que os doentes desenvolvessem competências sensorial - motora (com a construção dos instrumentos), comunicacionais (escrita criativa – construção da letra da musica), emocionais através do potencial reeducativo e terapêutico da música. Da construção dos instrumentos musicais reaproveitando os materiais – garrafas de plástico, caixas de cartão, cápsulas de café, copos de iogurte e blister de comprimidos, entre outros - permitiu ensinar/sensibilizar os doentes para a reciclagem.

Ao nível pessoal, considero que as actividades realizadas permitiram desenvolver habilidades em duas vertentes nomeadamente, na dinamização de intervenções em grupos e na gestão/supervisão dos cuidados de enfermagem (orientação de alunos).

#### **Objectivo IV - Desenvolver um projecto de prevenção do suicídio em doentes/reclusos com depressão**

Uma outra realidade constatada na CPSM foi a presença de comportamentos auto destrutivos frequentemente associados à depressão sendo necessário a identificação o mais precocemente possível, do risco e dos sinais/sintomas de forma a esses serem minimizados ou anulados.

Na pesquisa bibliográfica que realizada encontrei vários estudos/artigos sobre a temática entre os quais destaco um artigo de investigação do autor Nuno Moreira (2008) sobre “Perturbação mental e a ideação suicida entre reclusos preventivos” numa prisão portuguesa. Do referido estudo concluiu Moreira (2008) que “a ideação suicida encontra-se fortemente associada à perturbação mental, nomeadamente à sintomatologia depressiva...” O citado anteriormente, evidencia a pertinência do objectivo formulado.

Das várias actividades realizadas para dar resposta ao objectivo resultou o - “Projecto de Intervenção em meio Prisional – Promover estratégias na prevenção do suicídio em doentes com depressão” (Apêndice H). O objectivo geral do projecto visa promover estratégias na prevenção do suicídio em doentes com depressão. Defini ainda três

objectivos específicos designadamente: Avaliar o risco/ideação suicida em doentes reclusos; Avaliar sintomas depressivos em doentes reclusos; Elaborar protocolos de intervenção de enfermagem para ideação e intenção suicida e suicídio consumado.

De uma forma sucinta para dar resposta ao objectivo geral proposto para o estágio “Desenvolver um projecto de prevenção do suicídio em doentes/reclusos com depressão” as actividades desenvolvidas foram: levantamento das necessidades em conjunto com equipa, diagnóstico da situação, definição dos objectivos do projecto contextualizando-os segundo a literatura disponível, selecção dos instrumentos para avaliar/mensurar sintomatologia depressiva e o risco de suicídio, apresentação das estratégias e recursos utilizados para a concretizar dos objectivos. Por último, tendo em consideração a problemática identificada construí dois protocolos de actuação ajustados ao contexto prisional, um sobre intervenções de enfermagem na ideação suicida e outro, intervenções de enfermagem na tentativa de suicídio e suicídio consumado tendo em consideração o preconizado pela CIPE, NIC e o MPCSM (Objectivo específico III).

Para a operacionalização dois dos objectivos específicos I e II do referido projecto selecionei os seguintes instrumentos: escala de Avaliação do Risco de Suicídio (ARS) publicada pela OMS (2006) para avaliar o risco de suicídio e o Inventário de Sintomas Depressivos de Beck (BDI) para avaliar a severidade dos episódios depressivos. A aplicabilidade dos instrumentos ARS e BDI foi testada em dois doentes/reclusos tendo demonstrado ser adequados ao contexto. O projecto foi apresentado à equipa numa reunião clínica e de forma informal à direcção do HPSJD e à DGSP (Dra. Susana) que reconhecem a possibilidade de este vir a ser integrado num projecto de prevenção de suicídio em meio prisional por apresentar viabilidade e aplicabilidade para o contexto.

O presente projecto proporcionou-me desenvolver competências/habilidades analisando evidências científicas, sobre a metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente; na tomada de decisões fundamentadas para aplicar na prática os resultados no âmbito da prestação de cuidados especializados ao doente com patologia psiquiátrica. Em particular, poderá ser uma mais-valia para a CPSM porque permite identificar desde o momento da admissão as intervenções específicas e especializadas a serem desenvolvidas durante o internamento ao doente com depressão e risco de suicídio. Por outro lado, torna-se uma ferramenta útil para o enfermeiro, na medida em que ajuda no planeamento dos cuidados e na rentabilização do tempo. Para o doente, terá sem dúvida ganhos em saúde, em usufruir cuidados de enfermagem especializados de forma

estruturada desde o momento da admissão. Estou convicta que a operacionalização do projecto contribuirá para a diminuição dos comportamentos auto destrutivos praticados com alguma frequência pelos doentes, nomeadamente tentativas de suicídio.

### **Objectivo V – Dinamizar a formação em serviço**

As intervenções do enfermeiro especialista passam pela identificação de problemas ou necessidades do serviço ou da própria equipa de modo a facilitar a compreensão da dinâmica de funcionamento dos mesmos. Como enfermeira integrante da equipa de enfermagem da CPSM e neste momento como aluna num processo de aprendizagem decidi fazer uma reflexão sobre a desmotivação/ insatisfação que se reproduzem na equipa. Com a ajuda de uma breve pesquisa bibliográfica foi possível identificar alguns dos factores que podem estar na origem desses sentimentos, entre os quais: o contexto ter um regime demasiadamente burocrático e fechado, a dificuldade em lidar com situações de maior stress – conflitos; falta de novas tecnologias, não visibilidade do trabalho realizado por os pares e instituição (Apêndice I).

Manifestei esta minha preocupação junto da chefia do serviço disponibilizei a dar o meu contributo sugerindo dinamizar a formação em serviço envolvendo a equipa em momentos de partilha como forma de melhorar a sua motivação/satisfação e promover a relação entre os pares dando maior visibilidade ao seu trabalho e por outro lado, promover a formação em serviço na área de especialização de SMP. Nesta sequência, decidi organizar um momento de partilha e que ao mesmo tempo fosse formativo sobre “Relação de Ajuda” (Apêndice J) para desta forma demonstrar à equipa que momentos de partilha como estes são fundamentais para a coesão do grupo e que é determinante para a ajuda efectiva existir uma relação de qualidade com outra pessoa (Watson, 1985).

A actividade destinada aos pares decorreu no serviço com duração de uma hora. Utilizando o método expositivo foram apresentadas as seguintes temáticas: “Relação de ajuda”; “Competências do enfermeiro inerentes à relação de ajuda” e a “Relação de ajuda/entrevista em saúde mental e psiquiatria”. Foi também apresentado um caso prático com a pretensão de os participantes reflectissem sobre a relação terapêutica estabelecida pelo enfermeiro. O momento formativo permitiu a partilha de experiencias e a aquisição de conhecimentos sobre a temática. No final da sessão foi consensual na opinião dos pares que, o cuidar doente/recluso com doença mental estabelecendo uma relação de ajuda alicerçada na empatia, respeito, aceitação sem julgar ou criticar utilizando a comunicação efectiva (engloba componentes, cognitivos, afectivos e

comportamentais) o auto conhecimento e as suas vivencias demonstra ser uma técnica fundamental para a prática de cuidados neste contexto. Perante o exposto anteriormente, acredito ter conseguido transmitir que a relação de ajuda num ambiente cuidados está inerente ao próprio cuidar e que durante este processo é imprescindível o envolvimento da equipa.

Considero desta forma, ter desenvolvido competências no âmbito da formação dos pares, De acordo com a linha de pensamento de Watson, a promoção do ensino/aprendizagem interpessoal é inerente às competências do enfermeiro. A enfermagem utilizando técnicas de ensino - aprendizagem ajuda no auto-cuidado do doente e promove o seu próprio crescimento através da identificação das suas próprias necessidades. Neste sentido considero que a minha intervenção foi frutífera, foi possível inculcar à equipa que através de pequenos gestos, acções que desempenham no dia-a-dia estão a intervir e que são uma mais-valia para o doente.

### **2.2.3. Reflexão final**

Nesta experiência decorrida na CPSM do HPSJD, proporcionou-me o desenvolvimento habilidades /competências na área de especialização de SMP na vertente da intervenção em situação de crise do doente – entrevista; de avaliação do estado mental, de técnicas de relação de ajuda, psicoeducativas e psicoterapêuticas, de promoção e desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, promoção da formação em serviço e dos pares na área de especialização. Considero ainda ter adquirido competências no âmbito da análise das evidências científicas, sobre a metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente; na tomada de decisões fundamentadas para aplicar na prática os resultados no âmbito da prestação de cuidados especializados ao doente com patologia psiquiátrica. O local de estágio e a equipa proporcionaram-me experiencias e momentos de partilha que inevitavelmente contribuíram para melhorar a

prática clínica. À equipa deixei a mensagem que para a prestação de cuidado, em meio prisional a doentes com doença mental exige ao enfermeiro “...saber responder às necessidades de cada doente, é ter de recorrer a um complexo altamente criativo para encontrar as melhores soluções” (Watson, 1988) pois, por mínimos que sejam os progressos alcançados são sem dúvida de extrema importância para o doente

Para o serviço deixei o meu contributo, através da implementação de um “guia de acolhimento”, implementação das “Sessões de relaxamento” e um projecto de intervenção “Prevenção do suicídio em doentes com depressão” com a aplicabilidade e viabilidade para ser implementado.

Salvaguardar apenas que, não realizei intervenções com as famílias porque CPSM destina-se a doentes privados da liberdade e por essa razão, exige o cumprimento de regras e normas inerentes à segurança contendo o seu envolvimento no processo de recuperação do doente. Analisando o percurso realizado neste local de estágio considero ter adquirido/desenvolvidos competências na área da intervenção na crise do adulto.

### 2.3. MÓDULO III – REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO – EQUIPA DE TRATAMENTO DE OEIRAS

O estágio do Módulo III decorreu na Equipa de Tratamento (ET) de Oeiras com o objectivo de desenvolver competências de enfermagem especializada de SMP no âmbito da reabilitação e reinserção da pessoa com comportamentos aditivos.

A ET de Oeiras sediado na Lage (unidades de tratamento, em regime ambulatorio do Concelho de Oeiras) insere-se no Centro Respostas Integradas (CRI) da área Ocidental de Lisboa dependente do IDT, IP que tem por missão “Promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências” DL n.º 221 de 29 de Maio 2007

Recorrem à ET de Oeiras toxicodependentes os quais associadas a essa problemática, com frequência, apresentam sintomas psicopatológicos (distúrbios - da personalidade, de humor, obsessivo - compulsivos, psicóticos e de ajustamento), doenças físicas (HIV, HCV, patologias do foro respiratório); doenças psíquicas; problemas familiares e dificuldades económicas. A ET desenvolve o seu trabalho direccionado para a reabilitação/reinserção dos utentes dependentes de substâncias.

Ao nível da reabilitação/reinserção o ET de Oeiras dispõe de alguns projectos/programas como “Vida emprego”, “Grupo do álcool”, “Grupo com adolescente consumidores de haxixe”, encaminhamento para Unidades de Desabituação ou Comunidades Terapêuticas e integração em Programa de Tratamento de Manutenção Opiácea (PMO). Aproximadamente 500 toxicodependentes recebem na ET de Oeiras doses de metadona — um medicamento opiáceo. A equipa é multidisciplinar composta

por, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, técnicas psicossociais, assistentes sociais, assistente operacional, administrativa e segurança.

Ao nível da enfermagem, as acções desenvolvidas de uma forma geral são: a prestação de cuidados de enfermagem ao utente toxicodependente e família atendendo às necessidades do mesmo, preparação e administração de terapêutica de manutenção opiácea (metadona) num programa estruturado (PMO), pesquisa de metabolitos de drogas na urina e colaboração com outras instituições (hospitais, prisões...) no fornecimento das doses de metadona e apoio para a manutenção do tratamento. É pretendido com o PMO com metadona que, o toxicodependente desenvolva e/ou adquira competências pessoais, inter-relacionais e sociais. Uma outra actividade em que a ET de Oeiras participa semanalmente em parceria com as ET's do Eixo Ocidental (Oeiras, Parede e Alcabideche) é a reunião de equipa onde são partilhadas experiencias (problemática que envolve o doente), tomadas decisões em conjunto com os vários técnicos (discussão de casos) com objectivo de reabilitar e reinserir o doente /família.

Durante o estágio colaborei com a equipa em todas as actividades desenvolvidas na ET sob orientação da enfermeira Paula Novais que me ajudou na realização das actividades com vista a atingir o objectivo deste módulo do estágio.

### **2.3.1. - Enquadramento conceptual módulo III**

A toxicodependência é “ um estado de intoxicação do “Eu” provocado pelo uso repetido e voluntário de substâncias no contexto de uma necessidade compulsiva (física e psicológica) para continuar a utilizá-las” (Leshner, 2005). Segundo a OMS (1969, Citado por Braconnier & Marcelli 1989, p.207) a toxicodependência como doença é:

*“Um estado psíquico e muitas vezes físico, resultante da interacção entre um organismo vivo e uma substância. Esta interacção é caracterizada por alterações do comportamento, a par com outras reacções que levam o utilizador a tomar a substância de forma continuada ou periódica, a fim de reencontrar os efeitos psíquicos e também evitar o desconforto provocado pela sua privação”*

A mesma fonte, considera que comorbilidade psiquiátrica é muito frequente na população toxicodependente entendendo por comorbilidade a “co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica” OMS (1969 citado por Drugnet Europ 2003).

A psicopatologia inerente à própria toxicodependência na perspectiva de alguns autores, é determinada por características da personalidade e incapacidades pessoais, que

evidenciam alterações do estado de consciência, memória, regulação dos afectos, controlo dos impulsos. Frequentemente a pessoa dependente de substâncias apresenta um coping ineficaz associado muitas vezes a uma baixa auto-estima; ansiedade e/ou depressão; incapacidade de cumprir as expectativas associadas ao papel; alteração na participação social; incapacidade de assegurar as necessidades básicas; baixa tolerância à frustração. “Aos poucos a pessoa retira-se e isola-se socialmente, visto que a procura de prazer deixa de passar pelas relações e começa a fazer-se através das substâncias que consome (Palminha, 1993). Nesta linha de pensamento, a toxicodependência é entendida como um comportamento desadaptativo da pessoa, é um fenómeno multideterminado por factores de origem diversa, que conjugando-se criam as condições necessárias para o seu aparecimento e manutenção.

Neste contexto, entendem alguns autores que abordagem da problemática toxicodependência deve ser feita como outras doenças crónicas, ou seja, poderemos ter de perspectivar a gestão da doença e não a cura (Leshner, 2005). Assumindo a toxicodependência como uma doença crónica, é imprescindível que os enfermeiros entendam a sua praxis como “cuidar da totalidade da personalidade humana”, promovendo o auto-conhecimento, auto-respeito e o auto-cuidado, com o fim de tornar o mais autónomo possível, para uma melhor prestação de cuidados à pessoa. Acrescenta Watson (citado por Tomey e Alligood, 2004) que, durante o cuidar “ os enfermeiros desenvolvem promoções de saúde através de acções de prevenção da doença...”.

Cuidar do toxicodependente passa por o estabelecimento de uma relação de ajuda da qual, no meu entender, depende o sucesso do plano terapêutico do utente. De acordo com Chalifour (2008, p.293) a relação de ajuda consiste em “ Apoiar o cliente no seu modo de assumir a sua doença manifestando-lhe uma compreensão empática relativamente ao que vive...validar o que ele sente e quebrar a sensação de solidão frequente numa tal experiencia”. Entende Watson (2002) que o enfermeiro deve ajudar a pessoa que necessita de cuidados “...a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor, ajudando-o a ganhar auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento no sentido da harmonia interior e da liberdade existencial perspectivando o aumento da funcionalidade e autonomia...com vista a reabilitá-lo e reinseri-lo no seu ambiente” que depende da capacidade da pessoa “...o fazer e a pertinência do suporte social obtido com este fim, têm um impacto directo sobre a qualidade de vida” (Chalifour 2008, p. 263).

Trabalhar em toxicodependência é acima de tudo procurar alterar hábitos de vida desajustados e melhorar a qualidade de vida do doente/família atendendo às suas necessidades. A enfermagem ocupa um lugar privilegiado e de extrema importância no processo de reabilitação do toxicodependente uma vez que põe em prática os programas de substituição opiácea onde, “...o envolvimento da enfermagem...é muito importante, pois muitas vezes, é no momento da administração da metadona que se detectam determinados problemas e comportamentos dos utentes...é feita uma primeira abordagem e posteriormente é transmitido à restante equipa...” (Prats *et al*, 2001).

O enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria atendendo à saúde física, biológica e psicológicos tem um papel preponderante na “Promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através...das competências individuais... mudanças ambientais” (OE, 2010).

Nesta sequência, com vista a adquirir competências da área da Reabilitação/reinserção defini para o presente local de estágio os seguintes objectivos: I -Aprimorar habilidades e/ou competências de entrevista de colheita de dados e avaliação dos toxicodependente; II - Identificar e caracterizar os cuidados de enfermagem no PMO na ET de Oeiras e III - Identificar problemas e/ou eventuais áreas de intervenção na área da saúde mental e psiquiatria que promovam a formação dos pares.

### **2.3.2. – Objectivos/Actividades desenvolvidas no Módulo III**

#### **Objectivo I – Aprimorar habilidades e/ou competências de entrevista de colheita de dados e avaliação da pessoa toxicodependente.**

A identificação das necessidades é sem dúvida o gatilho para o delineamento de um projecto terapêutico eficaz. Partindo da linha de pensamento de Watson é da competência do enfermeiro “ saber responder às necessidades de cada doente, é ter de recorrer a um complexo altamente criativo para encontrar as melhores soluções” Watson (1988), com vista à satisfação de necessidades humanas, promoção da saúde e do crescimento individual e familiar. Acredita a mesma autora que “Para cuidar de alguém tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento” (Watson 2002, p. 52 citando Mayerhoff).

No momento em que decorreu o estágio na ET de Oeiras estava a decorrer uma investigação sobre “necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas”, realizada no âmbito dos cuidados de enfermagem por um Enfermeiro doutorando. Para otimizar o meu estágio decidi contribuir para a minha aprendizagem e intervenção (integrando a equipa de investigação), colaborando na etapa de colheita de dados e aplicar os dados na intervenção clínica (entrevistando 4 utentes e com base na avaliação realizada, traçar o plano de cuidados). A opção fundamentava uma prestação de cuidados baseada na avaliação sistematizada.

Neste contexto, considerei como objectivo geral para o presente trabalho: Avaliar as necessidades de assistência dos utentes em programa de manutenção opiácea procurando desenvolver competências de entrevista de colheita de dados na área de especialização e reflectir sobre a prática clínica. Entendo que, compreendendo como os problemas afectam o toxicodependente, numa(s) determinada(s) área(s) específica, podemos melhorar o plano efectivo de tratamento/suporte. Igualmente importante é, a percepção do toxicodependente sobre a sua saúde geral e da qualidade de vida para ajudar o enfermeiro a identificar potenciais focos de atenção da enfermagem.

Tendo em consideração o anteriormente exposto, para o presente trabalho defini três objectivos específicos: Reflectir sobre a prática clínica na assistência ao toxicodependente com vista à sua reabilitação e reinserção; Aprimorar habilidades/competências de entrevista de colheita de dados na área de especialização de saúde mental e psiquiatria; Mobilizar a avaliação sistematizada, na prática clínica (Apêndice K).

Para dar resposta ao objectivo do trabalho - Reflectir sobre a prática clínica na assistência ao toxicodependente com vista à sua reabilitação e reinserção – realizei uma pesquisa bibliográfica sobre a temática. Os achados bibliográficos de uma forma geral mostraram que os principais problemas relacionados com a adição residem na: precariedade económica e social; história familiar de uso/abuso de substâncias psicoactivas; comportamentos anti-sociais, conflitos familiares, baixa auto-estima; agressividade; problemas de saúde mental; dificuldade na reinserção socioprofissional; situação de sem-abrigo; ausência de respostas adequadas ao nível da higiene, alimentação e ao nível do apoio psicossocial. Considero que, o encontrado na literatura corresponde à problemática encontrada na ET Oeiras razão pela qual, encaro o presente estudo como sendo uma mais-valia para prática clínica ao toxicodependente/família.

Para operacionalizar o objectivo específico - Aprimorar habilidades/competências de entrevista de colheita de dados na área de especialização de saúde mental e psiquiatria – utilizei três instrumentos, que faziam parte do modelo de recolha de dados da referida investigação nomeadamente, um formulário de entrevista *EuropASI-X* para identificar a natureza e gravidade dos problemas de tratamento do toxicodependente; SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short For*) para avaliar percepção do doente sobre o seu estado de saúde e da capacidade de desempenhar as actividades habituais e o QSG-28 (*General Health Questionnaire 28* na versão portuguesa) para avaliar a presença de sinais/sintomas psicopatológicos que interfiram no estado de saúde geral do toxicodependente. Os instrumentos usados na pesquisa estão devidamente autorizados pelos seus autores, para utilização na pesquisa para doutoramento, que decorre na ET.

Numa primeira fase, procedi com ajuda de enfermeira Paula à selecção dos utentes. Os critérios de inclusão dos utentes tiveram em conta: idades superiores a 30 anos e todos terem vivenciado uma determinada realidade face à problemática em estudo – dependência de substâncias – e que integrassem o PMO da ET de Oeiras. A amostra foi constituída por dois utentes homens e duas utentes mulheres que voluntariamente aceitaram participar no estudo, após a explicação prévia do objectivo do mesmo (integrado na investigação mais alargada). Definido o percurso a utilizar e a amostra, procedi à marcação das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos utentes. O percurso realizado e os resultados obtidos em relação à percepção de cada utente nas áreas em estudo encontram-se em anexo (Apêndice K). Seguidamente, descrevo os resultados mais relevantes e sua análise.

De acordo com o formulário de entrevista, as necessidades identificadas pelos utentes, da abstinência e sua manutenção, estão subjacente uma variedade de factores que influenciam e são influenciados pelo dia a dia. Os utentes identificaram índices de severidade mais elevados nos problemas médicos, nos problemas económicos/emprego e nos problemas legais (um dos utentes) áreas estas que, atribuem uma maior importância e de necessidade de tratamento adicional.

Os resultados obtidos através do questionário SF36 (autor Pedro Ferreira) mostram que a componente física (inclui funcionamento e desempenho físico, dor corporal e percepção geral de saúde) é a que mais compromete o desempenho das actividades de vida diária. No entanto, entendem 3 dos participantes que comparativamente (há um ano

atrás), houve melhorias em saúde, e uma utente considerou que o seu estado de saúde está um pouco pior.

Quanto aos resultados do QSG 28 (total dos itens) mostram que os participantes não apresentam psicopatologia de doença mental compatível com desvio de saúde mental. Da análise factorial dos subgrupos do QSG 28 ressalta que a disfunção social é a que na percepção dos participantes mais limita a realização das actividades habituais que numa condição de saudáveis seriam capazes de realizar.

Numa análise global dos resultados obtidos constatou-se que as necessidades dos utentes são diferentes embora tenham em comum o facto de terem experienciado a dependência/abuso de substâncias. A toxicodependência na percepção dos utentes varia consoante a própria maneira de estar e de ser, do percurso de vida e o meio envolvente. A natureza e a gravidade dos problemas do toxicodependente divergem, não existe um “protocolo de cuidados”.

Perante o exposto e como resposta ao objectivo específico - Mobilizar a avaliação sistematizada, na prática clínica – considero que o campo de acção da enfermagem (tendo em atenção os resultados obtidos) deveria incidir na promoção de estilos de vida, treino de competências sociais e psicoeducação para colmatar as necessidades de identificadas no âmbito da saúde (física), melhorar as relações familiares e de desempenho na sociedade. No meu entender, os utentes beneficiavam ainda de mais projectos no âmbito da reabilitação social e empregabilidade.

Retomando ao objectivo delineado para o local de estágio – “Aprimorar habilidades e/ou competências de entrevista de colheita de dados e avaliação dos toxicodependente” considero que a actividade desenvolvida permitiu a concretização do mesmo. O percurso realizado foi grandemente influenciado pelo modelo de intervenção de enfermagem de Watson, onde a interação é a chave do processo do cuidar. Resultante da interação e da relação de ajuda (aceitação), confiança estabelecida durante as entrevistas desenvolvi habilidades relacionadas com o saber comunicar, saber interagir e conhecer. Tal como Watson (1985), encaro que o cuidar ocorre com vista à satisfação de necessidades humanas do outro mas também para a “facilitação” e promoção crescimento e desenvolvimento do próprio enfermeiro.

Salientar ainda que, a actividade realizada para além dos ganhos pessoais que já referi, permitiu também aos utentes reflectirem sobre a sua situação actual de saúde/doença e da necessidade de cuidados e da procura de hábitos de vida saudáveis.

## **Objectivo II - Identificar e caracterizar os cuidados de enfermagem no PMO na ET de Oeiras**

Os prestadores de cuidados de saúde na área da toxicoddependência, onde se integra a enfermagem, prestam cuidados ao utente tendo um objectivo comum - “minimizar os danos e prevenir os riscos”. Compete, pois, a cada qual delimitar o seu campo de acção dando a conhecer, “não só por palavras mas também por actos, a natureza do seu contributo pessoal e profissional para a melhoria da saúde” (Adam, 1994).

Acredito que, através da investigação baseando os resultados na evidência científica podemos contribuir para a melhoria das boas práticas razão pela qual decidi realizar um trabalho escrito - “Intervenções de enfermagem no PMO num ET – Como fazem as enfermeiras, aquilo que fazem?” – resultante de uma necessidade minha para compreender o modelo de intervenção utilizado pela equipa. (Apêndice L). Serviu de suporte para o planeamento execução da actividade anteriormente descrita, o artigo de investigação do autor Paulo Seabra sobre “Cuidar num CAT” (por a temática apresentada pelo autor ser semelhante à que pretendia estudar), para dar resposta à questão – o que fazem os enfermeiros no CAT.

Outra das actividades realizadas neste estágio surgiu de uma necessidade identificada pela orientadora de estágio sobre a minha percepção sobre o desempenho da ET de Oeiras. Para tal realizei uma reflexão crítica que intitulei - “Olhar de quem está de fora...” (Apêndice M).

### **Actividade – “Como fazem as enfermeiras, aquilo que fazem?”**

Neste contexto, para identificar e caracterizar as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem partindo da questão que caracteriza a escola do cuidar “como fazem as enfermeiras, aquilo que fazem?” dispus-me durante uma semana, a registar o que era feito pelas enfermeiras durante a administração e despesa da metadona usado como método para a pesquisa a observação participante enquanto colaborava no PMO. Pude constatar que o PMO é de facto a actividade que ocupa quase que na totalidade as horas

de trabalho das três enfermeiras da ET aliado ao facto de nos últimos tempos ter havido um acréscimo considerável de doentes (por encerramento da ET do Restelo).

A apresentação das actividades desenvolvidas e o percurso realizado com vista a atingir o objectivo I e II do presente trabalho encontram-se em anexo (Apêndice L). Os resultados obtidos através da observação participante sobre “aquilo que fazem” mostraram que as enfermeiras fazem: o acolhimento (admissão, identificação de necessidades de saúde e ensino), administração e preparação terapêutica (metadona e alguma terapêutica psiquiátrica), articulação com a equipa e outras instituições (hospitais, Centros de Saúde, Farmácias e Estabelecimentos Prisionais) e encaminham os doentes para outros técnicos e/ou especialidades. Quanto ao “como fazem as enfermeiras” a manutenção do processo de mudança do comportamento e a prevenção de recurso ao uso da substância e da recaída (retorno ao padrão de uso anterior ao tratamento) e por ultimo a reintegração social pude constatar que as acções realizadas privilegiam a orientação do utente atendendo às suas necessidades; a família é parte integrante do processo e em conjunto é feito o ensino sobre síndrome de dependência, abstinência, co-morbidade, desintoxicação; promovem a auto-estima; é feita acção reflexiva sobre velhos e os novos papéis assumidos e os suportes psicossociais para dar resolubilidade à situação/problema. Transversal a todas as acções desenvolvidas pela enfermagem está a interacção, a relação de ajuda e o aconselhamento.

Perante o exposto considero que, o modelo de intervenção utilizado pela equipa de enfermagem da ET se revê no modelo de enfermagem de Watson. Entende a autora que, enquanto ciência do cuidar a melhor abordagem da enfermagem, é a “...holística - dinâmica que sintetize os componentes biofísico, psicofísico, psicossocial e interpessoal na compreensão da motivação e adaptação individual e de grupo, na saúde – doença”(Watson 1985, p.108).

Nesta sequência, a presente actividade desenvolvida foi entendida pela equipa como sendo uma mais-valia porque por um lado, permitiu a reflexão sobre as intervenções que realizam e por outro, o reconhecimento de que há muito mais a fazer no campo de acção da enfermagem em toxicodependência implicando para tal uma melhor organização que nem sempre é possível “ muitas vezes por força das rotinas aliado à falta de tempo, não há tempo para dar-mos a conhecer aquilo que fazemos e como fazemos...ficando a ideia que apenas enchemos frascos mas de facto para alterar esta ideia preconcebida temos de organizar melhor o nosso dia a dia nesta ET!...” (sic). Pessoalmente considero que esta

actividade possibilitou o meu desenvolvimento como pessoa e profissional e ao mesmo tempo o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros. Desta forma, pude mostrar à equipa de enfermagem de “Como fazem...aquilo que fazem” dando visibilidade ao seu trabalho com vista a melhoria dos cuidados prestados.

### **Actividade - “Olhar de quem está de fora...”**

“Olhar de quem está de fora...” tal como já referi foi um desafio lançado pela orientadora do local de estágio na perspectiva de enquanto aluna, enfermeira e futura enfermeira especialista de SMP do trabalho desenvolvido pela ET deixando a minha percepção sob a forma de análise crítica. (Apêndice M) Este momento permitiu-me essencialmente reflectir na e sobre a minha prática e de forma crítica deixar a minha percepção do que considero ser o trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar e em particular, a equipa de enfermagem produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração os diferentes técnicos intervenientes.

### **Objectivo III – Identificar problemas e/ou eventuais áreas de intervenção na área da saúde mental e psiquiatria que promovam a formação dos pares.**

Inerentes às competências de um enfermeiro com EESMP estão, a promoção da formação em serviço na área de especialização e o desenvolvimento profissional dos pares. Nesta sequência, e com vista a suprir uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem da ET de Oeiras, a inexistência de uma “ferramenta” de consulta no serviço que ajudasse a equipa a delinear e orientar as intervenções de enfermagem (de acordo com os focos identificados) no que se refere à comorbilidade psiquiátrica associada à toxicodependência disponibilize-me, a realizei um trabalho escrito com base na literatura existente sobre a temática - “Doença mental vs comportamentos aditivos – focos e intervenções de enfermagem” (Apêndice N). Segundo Marcel Reimen (OEDT, 2005) a comorbilidade – doença mental e toxicodependência é “uma patologia que temos de ter conta no tratamento dos consumidores de drogas.”

Em consideração ao anteriormente exposto, defini dois objectivos: I - identificar sinais e sintomas psicopatológicos no doente toxicodependente; II – identificar comorbilidades psiquiátricas mais frequentes associada aos comportamentos aditivos (focos e intervenções de enfermagem). Realizei um enquadramento teórico sobre – doença mental, comportamentos aditivos e comorbilidades para fundamentar o trabalho.

Decorrente da pesquisa bibliográfica e tendo em consideração o contexto do estágio considerei pertinente a elaboração de um instrumento de avaliação do estado mental do toxicodependente e um guia de preenchimento do mesmo (Anexo I e II do Apêndice N) dando desta forma resposta ao objectivo I deste trabalho. O instrumento divide-se em duas partes a primeira, é referente à identificação do utente (nome e idade) seguido da identificação dos hábitos de consumos dos utentes (tipo de substâncias). A avaliação do estado físico, avaliação social, laboral e familiar foi excluída porque já existe na ET um instrumento para o efeito. Numa segunda parte, enunciei sinais/sintomas psicopatológicos - alteração do humor, da percepção, do conteúdo do pensamento, do processo do pensamento, do discurso/comunicação, da memória, despersonalização e desrealização, sinais e sintomas motores, juízo crítico e compreensão – para avaliar o estado mental da pessoa toxicodependente.

Com base na literatura e para dar resposta ao objectivo II deste trabalho, considerei as seguintes comorbilidades psiquiátricas que mais frequentemente estão associadas aos comportamentos aditivos : Distúrbio de Humor (depressão, Bipolar, Mania); Ansiedade (Pânico; Fóbico, Obsessivo-compulsivo); Stress pós traumático; dissociativos; de Ajustamento; da Personalidade (Anti-social, Boderline) e Psicóticos. Seguidamente, de acordo com a CIPE identifiquei os focos de atenção para a enfermagem, sintomas e as intervenções de enfermagem (de acordo com a NIC). (Anexo III do Apêndice N).

Reflectindo sobre as actividades desenvolvidas, considero que estas deram resposta às necessidades formativas da equipa. Na perspectiva da equipa, os documentos produzidos – instrumento de avaliação do estado mental do toxicodependente e a identificação das comorbilidades associadas à toxicodependência (focos, sintomas e intervenções de enfermagem) – revestem-se de grande importância para a prática clínica na ET na medida em que ajudam na identificação da doença mental associada à toxicodependência e na planificação das intervenções.

Pessoalmente considero que desenvolvi habilidades/competências no âmbito da Identificação das necessidades formativas na área de especialização e de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros com o objectivo major contribuir para boas práticas da enfermagem.

### 2.3.3 – Reflexão final

Compreender as situações, prever o que se tem de fazer e como fazer, desenvolver técnicas de relação de ajuda e de comunicação são saberes inerentes à prática ESMP.

As mais-valias obtidas neste estágio foram: a possibilidade de colaborar num estudo de investigação (colheita de dados) que estava a decorrer na ET sobre “necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas”, realizado no âmbito dos cuidados de enfermagem por um Enfermeiro doutorando com o objectivo de usar os dados na intervenção clínica baseada na avaliação sistematizada permitiu-me ter a percepção das reais necessidades da amostra e as possíveis áreas de intervenção ao mesmo tempo que, desenvolvia habilidades na área da investigação; a pesquisa/reflexão, as vivências no local de estágio e a partilha de saberes com os pares ajudaram-me na identificação de focos de atenção da enfermagem na comorbilidade doença mental e toxicodependência; a identificação/ caracterização das intervenções de enfermagem realizadas pela equipa utilizando a técnica de investigação – observação participante possibilitou compreender o modelo de intervenção utilizado para cuidar em toxicodependência na ET; a formação dos pares na área de especialização com vista a suprir as necessidades identificadas contribuiu para o autoconhecimento e para o desenvolvimento profissional pessoal e da equipa. A relação de ajuda, tal como já referi, foi uma constante na prestação dos cuidados realizados no ensino clínico com o intuito de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do utente.

A equipa proporcionou-me momentos de aprendizagem pela partilha de saberes e de vivências sobre a toxicodependência e a problemática envolvente que contribuíram grandemente para o meu próprio processo de conhecimento e auto-desenvolvimento pessoal e profissional tendo por base os valores das “...Pessoas e a Vida humana... respeito pela autonomia e pela liberdade de escolha” Watson (1985). A equipa de enfermagem da ET considerou o meu contributo uma mais-valia porque permitiu a aquisição/desenvolvimento de conhecimento na área da SMP nomeadamente na identificação e planeamento das intervenções com vista à boa prática clínica.

Em forma de reflexão sobre o que produzi neste estágio considero que, as actividades que desenvolvidas no âmbito do ensino clínico foram pertinentes, no sentido da execução e da resposta pretendida, para a concretização dos objectivos com vista à promoção da reabilitação psicossocial do toxicodependente.

### CAPITULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo, referente às considerações finais reproduz o percurso realizado no estágio, as competências adquiridas e os ganhos obtidos em saúde mediada pelas actividades desenvolvidas durante o processo de formação para obtenção do grau de Especialista em SMP. O enfermeiro para cuidar é-lhe exigido que demonstre em atitudes e acções os saberes adquiridos Carvalho (1996).

Começo por analisar /reflectir sobre os objectivos do estágio considerando que foram todos concretizados na medida em que, apliquei os meus saberes, compreendendo e resolvendo problemas complexos nos contextos alargados e partilhei esses mesmos saberes e resultados às equipas/utentes.

A boa prática de enfermagem baseia-se “...nos princípios humanistas de respeito pelo... código deontológico... [os]...bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas...” (OE, 2001, p.19). É consensual para vários autores (Collière 1989; Watson 2002; Hesbeen 2004) que, o cuidar é uma constante na essência dos cuidados. Partilhando do anteriormente exposto, tal como fui referindo no decorrer do relatório, tive como referência para a orientação das acções realizadas o modelo de intervenção de Watson porque entendo, tal como a autora que, a enfermagem e em concreto a enfermagem avançada na área SMP é “...caracterizada por cuidar como um imperativo ético e moral de relação transpessoal, as pessoas tidas como um todo... a saúde, vista experiência subjetiva de unidade e harmonia de mente, corpo e espírito associados...” Watson (1985).

No decorrer dos três momentos de estágio tive como referencial o conceito de enfermeiro especialista de SMP segundo a OE que entende que “...é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades [...] os Cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE 2009, p.7 e 8).

Seguidamente, enquadro de uma forma sucinta (uma vez que no decorrer da redacção do relatório fui descrevendo as competências desenvolvidas nos estágios) as actividades realizadas no que a OE entende ser as competências necessárias para a obtenção do grau de enfermeiro especialista em SMP.

■ **Promoção do autoconhecimento e a autoconsciencialização como pessoa e como profissional à mercê das vivências, pesquisa e reflexão**

- ✓ Pesquisa bibliográfica sobre as problemáticas identificadas nos três momentos de estágio – Sem abrigo, crise do adulto em meio prisional e toxicodependência;
- ✓ Prezei ao longo do estágio pelo estabelecimento da Relação ajuda – confiança e interacção no cuidar dos utentes nos diferentes contextos mediada pela empatia, escuta, respeito, aceitação e clarificação;
- ✓ Realizei reflexões sobre as temáticas – “Enfermagem psiquiátrica em meio prisional”; “ Pesquisa/análise reflexiva sobre a problemática dos sem abrigo”, reflexão sobre a prática de cuidados na ET “Olhar de quem está de fora” – com o objectivo de promover o meu autoconhecimento para no futuro me ajudar na identificação/planeamento das intervenções.

■ **Prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família e grupos com vista à recuperação da saúde mental, adequando as actividades à realidade dos ensinos clínicos.**

- ✓ Realização de um trabalho utilizando o questionário saúde geral (QSG 28) com objectivo de identificar sinais psicopatológicos associada à situação de sem abrigo da pessoa e de acordo com a NIC identifiquei possíveis áreas de intervenções para minimizar/colmatar os problemas identificados;
- ✓ Elaborei um guia de entrevista inicial para orientação da colheita de dados no contexto da intervenção em situação de crise do adulto no estágio que decorreu no CPSM;
- ✓ Colaborei num estudo de investigação que estava a decorrer na ET de Oeiras sobre as “necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas”, colaborando na etapa de colheita de dados com o objectivo de “Avaliar as necessidades de cuidados dos utentes em PMO na ET Oeiras”;
- ✓ Elaborei um projecto de intervenção em meio prisional com o objectivo de “Promover estratégias de prevenção de suicídio a utentes/reclusos com depressão”. Construi 2 protocolos de intervenções de enfermagem, um para ideação suicida e outro para tentativa de suicídio e suicídio consumado;
- ✓ Da necessidade de compreender o modelo de intervenção usado na ET de Oeiras realizei um estudo, utilizando para a colheita de dados a técnica de observação

participante – para identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem no PMO.

■ **Intervenção com utentes/ grupos com vista à recuperação da saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias para cada contexto;**

- ✓ Realizei duas entrevistas com doentes/reclusos, identifiquei focos de intervenção, desenvolvi acções de enfermagem e avaliei os resultados obtidos;
- ✓ Colaborei com a equipa de Rua da AMI na orientação e encaminhamento de pessoas em situação de sem abrigo;
- ✓ Realizei um Guia de acolhimento – CPSM para melhorar a qualidade da admissão do doente /recluso;
- ✓ Promovi a formação em serviço na CPSM sobre “Relação de ajuda no Cuidar” e na ET de Oeiras realizei formação aos pares no âmbito da identificação de focos e sintomas de doença mental. Construí um instrumento para avaliação do estado mental do toxicodependente;
- ✓ Realizei um trabalho sobre - “ Doença Mental vs Comportamentos aditivos – focos e intervenções de enfermagem” para colmatar uma necessidade da equipa no que se referia ao planeamento dos cuidados dos utentes com comorbilidade psiquiátrica associada à toxicodependência.

■ **Prestação de cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, mobilizando o contexto da dinâmica individual, familiar de grupo de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.**

- ✓ Realizei “sessões de relaxamento” com um grupo de doentes/reclusos com objectivo de reduzir os níveis de ansiedade frequentes neste tipo de população;
- ✓ Realizei 2 actividades com grupo de doentes/reclusos com o fim de promover o “Treino de Competências” – “Musicalidade Reciclável” e Jogo de *Voleibol*;
- ✓ Colaborei na formação sobre “Prevenção de Doenças Respiratória” com o Dr. Domingos na Porta Amiga AMI;
- ✓ Possibilidade de colaborar/moderar uma das intervenções implementadas no serviço como -reunião comunitária na CPSM
- ✓ Realizei psicoeducação e educação para a saúde durante a interacção com os utentes de acordo com as necessidades dos mesmos.

Perante o exposto considero que conhecimento é desenvolvido no “conhecimento na acção, reflexão na acção e reflexão sobre a acção e sobre a reflexão na acção” Schon (cit. por Sobreiro, 1995, p.76). As competências adquiridas foram fruto da partilha de saberes com as equipas dos locais de estágio, da pesquisa e das acções realizadas. Os ganhos obtidos no decorrer do estágio foram enunciados à medida que fiz a análise reflexiva das actividades realizadas mas, na globalidade traduzem-se pela identificação adequada e precoce das necessidades dos utentes/doentes com doença mental que ajudaram num melhor planeamento das acções/intervenções (de acordo com as necessidades) e por ultimo a melhoria da prática clínica com vista a autonomia e bem-estar da pessoa que necessita de ajuda. Para os locais de estágio o meu contributo - prestação de cuidados de enfermagem especializados, trabalhos/documentos realizados e a promoção da formação dos pares - foi avaliado pelas equipas como sendo uma mais-valia para a praxis.

A título pessoal e profissional resta-me reconhecer o maior ganho deste estágio foi poder adquirir saberes, poder partilhá-los, poder contribuir para melhoria dos cuidados prestados com o objectivo de ajudar a pessoa com doença mental a readaptar e/ou recuperar a sua autonomia e bem-estar no seio do família/grupo/comunidade.

No terminus desta dissertação e numa análise global do que foi descrito considero que, concretizei os objectivos a que me propus, descrevendo a análise dos objectivos do projecto, a pertinência dos objectivos traçados para cada ensino clínico, as actividades desenvolvidas e a reflexão sobre as intervenções realizadas com vista a obter ganhos em saúde para o utente/família/comunidade numa perspectiva da enfermagem avançada na área de especialização de SMP. De referir também que, as competências e as intervenções realizadas (de acordo com o plano de estudos do curso), foram todas avaliadas pelos respectivos orientadores nos locais de estágio por Satisfaz Bastante.

Aprender é um processo complexo, por vezes difícil mas recompensador. É assim que vejo o percurso que realizei neste processo de formação pois, ser enfermeiro especialista SMP é saber identificar, é saber controlar os sentimentos enquanto pessoas que somos, é saber encontrar estratégias para lidar com tudo e com todos e principalmente connosco é colocarmo-nos no lugar do outro, escutar as vivências do outro, e tudo “isto” é a essência do cuidar em SMP.

## BIBLIOGRAFIA

ADAM, E. – **Ser enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget. 1994.

AGUILERA, D. C. **Crises Intervention – Theory and Methodology**. St Louis: Mosby-Year Book. 1998.

Almeida, Conceição T. (2001) – Só o Super-Homem é que não chora...Acompanhamento a Crianças Filhas de Toxicodependentes no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Oeiras. **Revista Toxicodependências**, vol. 7, nº 3; 23-28.

ALMEIDA, V. C. F, Lopes M. V. O, DAMASCENO M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnum. **Revista Escola de Enfermagem USP**. Vol: 2 nº39 (2005); p.202-210.

AMI Relatório Anual, Lisboa. (2006)

ANDRADE, R. ; PEDRÃO, L. – Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. ISSN 0104-1169. Vol. 13, nº 5. (2005), p.737-742.

APA, A.P.A.-. **DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Climepsi, 2002.

BARBIER, J. - **Elaboração de projectos de acção e planificação**. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN 972-0-34106-8.

BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMANN, A. - Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. **Rev. J Consult Clin Psychol**. Nº 47 (1979), p. 342-352.

Braconnier, A., Marcelli, D. **Manual de psicopatologia do adolescente**. Porto Alegre: 1989, p. 2007.

BROWN, E., Frank, D. & FRIEDMAN, A.- **EuropASI – X adaptação portuguesa**. Núcleo de Estudos das Perturbações pelo Uso de Substâncias (NEPPUS). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (NEICC/FPCEUC). 1997

CAMPOS, D. - **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade**. 34ª Edição. Petrópolis-Brasil: Editora Vozes, 2002. ISBN 85-326-0178-2

CARVALHO, M. - **A Enfermagem e o Humanismo**. Loures: Lusociência, 1996. ISBN: 972-8383-00-2.

CHALIFOUR, J. - **A Intervenção Terapêutica, Os fundamentos existencial - humanista da relação de ajuda**. Volume 1, Loures: Lusodidata, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5,

COHEN, Judith A. - Two Portraits of Caring. In: **Journal of Advanced Nursing**. (1991)

Collière, Marie-Françoise - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. s. ed. Lisboa, 1989. ISBN 972-95420-0-7

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)**, versão 1.0, Geneva, 2005; ISBN: 92-95040-36-8

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – UCP. Guia de estágio. Abril 2010.

DAVIES, H.; REES, J. - **Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance - Nursing Standard**. ISSN. Vol. 14, nº 28 (2000), p.35-38.

Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio: Lei Orgânica do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P.

DOCHTERMAN, J.; BULECHEK, G. - **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas. (2008). ISBN 9788536309941

DRUGNET EUROP – [em linha].**Boletim de notícias do Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência** (2003). [consultado 20 de Março de 2011] Disponível em <http://www.emcdda.europa.eu> ISSN 0873-5409

DURKEIM, E. - **O Suicídio. Estudo Sociológico**. Lisboa: Editorial Presença, 1987.

GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO: **Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência (SPTT)**, 2001.Ministério da Saúde, Lisboa

GARRIDO, A. – O Enfermeiro e a Identidade Profissional. **Revista Nursing**. ISSN 0871-6196, n.º 192, 2004, p. 34-37.

GEORGE, Júlia B.et.al – **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos a prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. P.375. ISBN 85-7307-587-2

HESBEEN, W. – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, W. - Le caring est-il prendre soin? **Revue Perspective Soignante**. 4 (1999) 1-20.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Camarate: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

JOSSO, M. C. - **Experiências de vida e formação**. São Paulo: Cortez, 2004, p. 48.

KIRITZÉ-TOPOR, R.; BÉNARD, JEAN-YVES (2007) – **Guia Prático da Climepsi de Alcoologia**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi. ISBN 978-972-796-289-1

LESHNER, A.– **A toxicoddependência é uma doença do cérebro, e isso importa**. Revista. Cérebro toxicodpendente – Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na Toxicodpendência, nº1,Coimbra. (2005)

MANUAL PROCEDIMENTOS DE CUIDADOS DE SAÚDE EM MEIO PRISIONAL, Direcção Geral dos Serviços Prisionais, 2009

MARTIN, C. - *Soigner pour Apprendre-acquérir un Savoir Infirmier*. Paris:

Martins, A. F. Tese de mestrado: “Mulheres Sem-Abrigo na Cidade de Lisboa”. Fevereiro de 2007

McMAHON, R.; PEARSON, A. - **Enfermagem Terapêutica**. 2ª ed. Cheltenham: Stanley Thornes, 1998. P.1-20

MONIZ, J. - **A enfermagem e a pessoa idosa**. Loures: Lusociência, 2003, p.26.

MOREIRA, N. A. **Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão**. Coimbra: Quarteto. 2008.

MOREIRA, N; GONCALVES, R. – “Perturbação Mental e Ideação Suicida entre Reclusos Preventivos”. **Revista Análise Psicológica**. ISSN 0870-8231.2010. vol.28, nº.1, p.133-148.

NP 405-4. **Informação e documentação – Referências bibliográficas:** documentos. 2002

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.** Lisboa: Ordem Enfermeiros. 2005

ORDEM DOS ENFERMEIROS – [em Linha]. **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.** 2010, p..8. [consultado a 15 Março de 2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelos de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades.** Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2009, p. 11-27.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Tempo de Mudança. **Revista da Ordem dos Enfermeiros.** ISSN 1646-2629, nº 22, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. **Suplemento de Revista.** ISSN: 1646-2629. nº 26, p. 9-20. 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias, Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso Genebra - **Prevenção do suicídio - um recurso para conselheiros.** 2006.

PALMINHA – **Os Filhos dos Toxicodependentes. Novo grupo de risco Bio-Psico-Social.** Bial:Porto, 1993.

PASQUALI, L, et. al - **Questionário de saúde Geral de Goldberg: Manual técnico QSG.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996

PEREIRA, S. *et al* – *Humanização do atendimento da criança no serviço de urgência.* **Revista: Informar.** nº 29. 8ªed., 2002, p. 30-33.

PHANEUF, M., “ **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**”, 2005. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. P.375. ISBN 85-7307-587-2.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010: **Mais saúde para todos.** - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, p. 88 - Vol. II - Orientações estratégicas, p. 216 ISBN Colecção: 972-675-108-X

Plano Nacional de Saude Mental e Psiquiatria 2004-2010 [em linha] Ministerio da Saúde – Orientações Estratégicas Vol. II [consultado 2 Março 2011] Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_227.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html)

PRATS, G. *et al* - **Toxicodependências**. Torres Vedras, CAT Torres Vedras(2001).

REAVE, L. – **The modification of emotional responses. A problem for trust in nurse-patients relationships?** Nursing Ethics. Nº 9: 5 ed., 2002, p. 465-471.

RIBEIRO, J. L.; ANTUNES, S. – “Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 Itens (General Health Questionnaire-GHQ28). **Revista Portuguesa de Psicossomática**. vol.5, nº.1, Janeiro/Junho, p.37- 45. 2003

RIBEIRO, P. O - **Importante é a Saúde - Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36**. (1ª Ed.), Fundação Merck Sharp e Dohme. 2005.

SAMPAIO, D. (2000), **Tudo o que Temos Cá Dentro**, Editora Caminho, pág. 152.

SEABRA, P.- Cuidar num CAT. **Revista Toxicodependências**. Edição IDT, Vol. 11, nº 2, 2005, p. 57-64

SHAFFER, David - **Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência**.6ª Edição. Thomson: São Paulo, 2005. ISBN: 85–221–0423–9.

SHER, L., OQUENDO, M., & Mann, J.- *Risk of suicide in mood disorders. Clinical Neuroscience Research*.vol. 1(5), (2001).p.337-344.

SILVA, D. – Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. **Revista do ISPV** [em linha], nº 26, 2002 [consultado 1 Abril 2011] Disponível em [http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26\\_24.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26_24.htm)

SOBREIRO, M. - **Os Saberes na prática da enfermagem na Perspectiva do Modelo Teórico de Roper, Logan e Tierney**. Universidade Católica Portuguesa; 1995.

STUART, G. LARAIA, M. – **Enfermagem Psiquiátrica Princípios e Práticas**; Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, ISBN 85-7307-713-1.

SUSSAMS, J. E.– **Como Elaborar Projectos de Pesquisa**. 2.ª Edição. Editora Atlas, São Paulo. 1987.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5.ª ed., Loures: Lusociência, 2004.



WATSON, J. – *Nursing: human science and human care – a theory of nursing*. NY, National League for Nursing, 1988

WATSON, J. - *Nursing: human science and human care*. East NorwalkCT: Appleton Century Grofts; 1985.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – PESQUISA E ANÁLISE REFLEXIVA – SEM ABRIGO

## PESQUISA E REFLEXÃO

### Conhecimento...

No dia-a-dia de um enfermeiro, é confrontado com a prestação de cuidados quer técnicos quer relacionais à pessoa é portanto, portador e criador de conhecimento.

O enfermeiro é também um sistema aberto, possui conhecimentos, a partir da sua formação, da sua experiência de trabalho, dos seus valores, da sua concepção de ajuda. Cada um faz a sua definição de fazer e ser em relação. Segundo Chalifour, J. (2008, p.13), “A necessidade de ajuda aparece no momento em que a pessoa já não consegue lidar com estes, não encontrando recursos para combater as dificuldades”.

Mas é o “conhecimento” que traduz a realidade prática, altamente complexa, dinâmica e interactiva como uma fonte de subjectividade humana mas de inesgotável conhecimento. Assim, o conhecimento adquire-se da interacção social, das competências e habilidades relacionadas com o quotidiano, por meio do ensino, da prática e da pesquisa científica. O conhecimento constrói o

saber que pensar, o aprender a aprender e o intervir nas intervenções realizadas.

Adquire-se conhecimento quando se interage e se detém capacidade para reflectir sobre essa interacção na procura do que, significa realmente para nós.

Se reflectirmos sobre a expressão “Enfermagem é gente que cuida de gente”, subentende-se que o nosso conhecimento deve ser desenvolvido como acção humana, numa relação/interacção entre quem cuida e quem recebe o cuidado, num relacionamento pessoal autêntico que requer a compreensão e a aceitação mútua.

O conhecimento “resulta das interacções que estabelecer e da capacidade de reflectir sobre as mesmas, procurando-lhe os significados profundos para si próprio”. Lopes (2006)

A utilização da “prática reflexiva é o que permite recorrer a todos os conhecimentos, num momento adequado e usá-los em situações



distintas e de maneira pertinente. Moya (2008).

### **“Cuidados de Saúde aos Sem-Abrigo – Que Realidades?”**

“Cuidados de Saúde aos Sem-Abrigo – Que Realidades?” é o título de um livro que resultou de uma monografia sobre os sem abrigo realizada por dois enfermeiros que integraram a equipa de rua da AMI. O livro resulta de um estudo feito pelos enfermeiros em contexto académico. O objectivo do estudo consistia em caracterizar a população sem-abrigo, as problemáticas sociais, as necessidades de saúde mais procurada, quais as funções e os trabalhos realizados pelas equipas. Em Portugal existe pouca documentação sobre o tema e, menos ainda, relacionada com a enfermagem – necessidades e intervenções. Assim, no presente livro houve da parte dos autores a preocupação ao abordar as funções e competências dos enfermeiros utilizando relatos e pesquisa bibliográfica que espelham bem a extensão deste problema.

### **“Sem Amor Sem Abrigo” (Bento e Barreto)**

Um dos livros seleccionados foi o livro de que aborda a complexidade da

problemática sem abrigo, definindo conceitos base para quem quer desenvolver o seu trabalho na prestação de cuidados a esta população. Numa primeira parte aborda alguns conceitos inerentes à população sem-abrigo seguida de uma breve resenha histórica. Na segunda parte aborda pessoa sem abrigo e as formas de actuação tendo em conta a visão da psicologia e da psiquiatria. Verifica-se que os autores do livro propõem intervenções junto da população baseando-se na teoria da vinculação e da perspectiva sistémica. Ainda que, a meu entender a obra não seja “um manual de intervenções ou de guia da prática de enfermagem” reveste-se de grande importância para dar a conhecer historias e terminologias desta população.

### **“Guia Prático Alcoologia” Climepsi**

Agregada à condição de sem abrigo, ou por causa dele se tornam sem abrigo...o álcool. Os consumos de drogas (haxixe, heroína e cocaína) nesta população são também uma realidade mas na maioria dos casos destaca-se o consumo de bebidas alcoólicas, um hábito continuado. A razão apontada por os sem abrigo é que o álcool é mais barato. O “Guia Prático Climepsi Alcoologia”

foi uma ferramenta útil para perceber e reflectir sobre este comportamento. Existe por parte dos autores (Kiritzé & Bénard) uma procura de resposta da posição a adoptar pelo técnico e as intervenções necessárias para desenvolver o seu trabalho na vertente do tratamento, nas recaídas, o lugar que a família ocupa no tratamento e a abstinência definitiva.

### **Doença Mental...**

A doença mental afecta todos os grupos, raças e nacionalidades, independentemente da situação social e económica da pessoa, debatendo-se com medos, ignorância, discriminação, estigma e exclusão. Segundo Cordo (2003), o mercado do trabalho exclui todos os que se mostram diferentes e incapazes de produzir e as instituições de ensino excluem todos os alunos que fogem ao padrão estabelecido como normal pela sociedade. Para Ferreira (2005), o processo de inclusão social, requer uma destruição dos mitos e crenças instaladas na sociedade.

A doença mental deve ser encarada com a mesma naturalidade que qualquer outra patologia, sem conotações e estigmas, sendo fundamental que o doente mental não deixe de ter direito à dignidade como qualquer outro ser

humano, “todos os seres humanos são dignos”. Lobato (1997) citado por Spínola (2007).

O autor anteriormente citado referindo-se a Barreto (1996) citado por Spínola (2007) acredita que, “o doente mental é, enquanto pessoa, um ser em crescimento à descoberta de si mesmo e em busca da sua realização, necessitando de um apoio para não aumentar a sua dependência”. Para Fragoeiro (2003) citado por Spínola (2007), “as mudanças que ocorrem com o aparecimento de uma doença mental mudam drasticamente a possibilidade da pessoa se envolver no que deseja ou é esperado pelo resto da sociedade”.

O portador de doença mental é discriminado em quase todas as áreas da sua vida, o que lhe provoca sentimentos que fazem com que para além de terem de ultrapassar a doença de que sofrem, também tenham de ultrapassar outras dificuldades que se prendem com a forma como são encarados pela sociedade (Florido *et al*, 2007). As doenças mentais parecem ser muitas vezes encaradas da mesma forma, como se todos os doentes tivessem os mesmos sintomas agrupados do mesmo modo.

### **Estigmatização dos doentes mentais...**

A estigmatização dos doentes mentais prevaleceu ao longo dos anos e continua a ser uma realidade bem presente nos dias de hoje. As pessoas com doença mental continuam a viver com medos e preconceitos que aumentam o seu sofrimento pessoal e agravam a sua exclusão (Livro Verde sobre a saúde mental, 2005).

O estigma envolve o reconhecimento de características ou marcas diferentes, que o indivíduo com doença mental possui, e que vão resultar na sua desvalorização pela sociedade (Madeira *et al*, 2007). Este reconhecimento envolve uma resposta emocional negativa para com o estigmatizado. Segundo Ferreira (2005), o estigma relacionado com a doença mental está intimamente ligado com o medo do desconhecido e com falsas crenças que originam a falta de conhecimento e compreensão. Este desconhecimento isola o indivíduo em relação aos outros, como se este fosse uma pessoa marcada negativamente pela sua doença. As relações sociais e profissionais ficam deterioradas, como se o doente fosse um ser à parte do resto do mundo. O processo progressivo de perda de laços da pessoa com as várias estruturas sociais como: a família, a escola, o trabalho, a religião, a política e

o lazer frequentemente estão associados a situações de sem abrigo.

### **Estigmatização do Sem Abrigo...**

Na perspectiva da pessoa sem abrigo, esta forma de vida pode dever-se a várias razões nomeadamente: como uma opção de vida (decisão consciente em rejeitar a vivência numa casa convencional); por problemas patológicos (doença mental, droga/alcoolismo...); como consequência de acontecimentos ou circunstâncias negativas (violência doméstica, incapacidade financeira para manter um alojamento...) e/ou por inadequação de determinadas estruturas sociais para explicar a natureza do fenómeno e a sua (re)incidência: mercado de habitação incapaz de responder de forma satisfatória a todas as situações; mercado de trabalho caracterizado por altos níveis de desemprego e baixos salários e serviços sociais incapazes de fornecer suportes apropriados no tempo e no espaço.

O estigma com que a sociedade conota o sem abrigo e o doente mental é na maioria das vezes a causa do sofrimento e/ou do isolamento da pessoa. A vivência destes problemas pela pessoa, onde a discriminação e exclusão social estão subjacentes, dificulta o acesso do

doente e promove o estilo de vida precário.

### **Reflexão final...**

Para a compreender a problemática que envolve o sem abrigo com patologia mental é imperativo conhecer a história de vida da pessoa, analisar o percurso de cada um, a percepção ou *insight* sobre a sua situação, das suas necessidades, hábitos e costumes, problemas, capacidades, motivações. Pois, cada pessoa é única e importa entender as vivências e experiências da pessoa para afastar ideias erróneas e evitar que lhes sejam “atribuídas as mesmas características sem se ter conhecimento da experiência individual de cada doente”. Florido *et al* (2007).

Em suma, a doença mental pode coexistir com a situação de sem abrigo (e vice versa), a estigmatização existe em ambas. A pessoa necessita de um meio de subsistência, uma casa e acompanhamento de saúde.

Em relação à pessoa com problemas, ao longo de toda a vida, “...deve interagir eficazmente com o ambiente de forma a buscar nele recursos indispensáveis à satisfação das suas necessidades.” Chalifour (2008, p.263).

Assim, identificar as necessidades, intervir e ajudara na procura de estratégias e soluções para a resolução ou minimização do problema ao nível que possibilite a pessoa a realizar as actividades de vida diária que, na ausência do problema ou doença conseguia realizar é sem dúvida, da competência do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

É igualmente da competência do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, motivar a pessoa para processo. A pessoa deve estar motivada e disponível para ser ajudada com base numa relação de confiança preestabelecida. De acordo com Watson, este “ é o único método que permite o controle e a previsão e isso permite a auto-correcção” (2002).

### **Bibliografia**

Chalifour, J. – A Intervenção Terapêutica. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-21-5

Cordo Margarida - Reabilitação de Pessoas com Doença Mental – *Das Famílias para a Instituição da Instituição para a Família - Climeps* Editores. Lisboa, 2003.

Ferreira M<sup>a</sup> Emília de Sousa – Um olhar sobre a (d)estigmação do doente mental – Leiria, 2005.



Florido et al – Estigma: O inimigo Invisível In SEQUEIRA et al – Saúde Mental e Equilíbrio Social – Maia, 2007. ISBN: 978-989-20-1361-9.

Kiritzé-Topor, Raúl; Bénard, Jean-Yves (2007) – Guia Prático da Climepsi de Alcoologia. 1ª ed.. Lisboa. Climepsi.

Livro Verde – Consultado em: [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005\\_0484pt01.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005_0484pt01.pdf);

Madeira Tânia, Monteiro Fátima Jorge – Considerações sobre doença mental e comunicação – Análise Psicológica, 2007. (disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a08.pdf>) Moya José L.M., - “De mapas y territorios – formalización de los saberes profesionales en el curriculum”, Rol, Vol.31, nº 7-8, Jul/Ago.2008, p. 53-58

Spínola Sofia Cristina Silva – Dignidade do Doente Mental in Sequeira et al – Saúde Mental e Equilíbrio Social – Maia, 2007. ISBN: 978-989-20-1361-9.

Watson, J. - Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 2002

## **APÊNDICE B – “SAÚDE MENTAL DOS SEM ABRIGO - PROBLEMAS E/OU EVENTUAIS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE SMP”**



# Saúde Mental dos Sem-Abrigo...



CAMPUS SINTRA, 2011



## INDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>2</b>
<b>SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>6</b>
2.1. SAÚDE MENTAL - SEM-ABRIGO .....	6
2.2. COMPORTAMENTOS ADITIVOS .....	8
2.3. COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA – RELAÇÃO DE CONFIANÇA .....	10
<b>3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>13</b>
3. 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SUB-GRUPOS DO QSG.....	14
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>18</b>
<b>5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - NIC .....</b>	<b>24</b>
<b>6. REFLEXÃO FINAL .....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO I: QSG - 28.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO I – RESULTADOS OBTIDOS POR QSG -28.....</b>	<b>35</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	
Gráfico 1:Distribuição da amostra por idades .....	18
Gráfico 2: Local de pernoita dos Sem-Abrigo inquiridos .....	19
Gráfico 3: QSG -28 – Corte sintomático vs não sintomático de saúde mental dos participantes.....	21
Gráfico 4: Sub grupo Modal – Ansiedade/Insónia .....	22
Gráfico 5: Sub grupo, “Sintomas Somáticos” do QSG – 28 .....	36
Gráfico 6: Sub grupo, “Ansiedade/Insónia” do QSG -28.....	36
Gráfico 7: Sub grupo, “Disfunção Social” do QSG -28.....	36
Gráfico 8: Sub grupo “Sintomas Somáticos” do QSG .....	36



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AMI – Assistência Médica Internacional

CIPE – Classificação Internacional para a Prática Enfermagem

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

FENTASA – Federação Europeia de Organizações que Trabalham com Pessoas Sem-Abrigo

ISS, I.P – Instituto Segurança Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

QSG – Questionário Saúde Geral

SMP - Saúde Mental e Psiquiatria

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde realça o papel dos enfermeiros na prevenção, identificação de necessidades, no planeamento, execução e avaliação de cuidados, com o intuito de ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham. (*cit in Revista OE em Julho 2006, p.29*)

A OE acredita que “é no contexto da comunidade que, partindo da investigação das suas necessidades, é permitido compreender melhor os seus mecanismos e aumentar os conhecimentos nos quais os diferentes “artesãos de cuidados” se poderão apoiar” OE (2007).

Neste contexto, no presente ensino clínico, pretendo desenvolver ou adquirir competências de intervenção comunitária no âmbito da SMP. Com este trabalho pretendo identificar problemas e/ou eventuais áreas de intervenção de SMP em pessoas sem-abrigo, acompanhados pela equipa de rua da AMI. Pois, partilho do citado anteriormente pela OE no que se refere à importância de primeiramente identificar as necessidades de cada um para depois poder intervir coadunadamente de forma a proporcionar à pessoa a melhoria da sua condição de vida actual.

Identificar de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é “Acção de avaliar... estabelecer sistematicamente a identidade de alguém ou de alguma coisa” (2005, p.135). Para avaliar uma acção ou situação é necessário que haja conhecimento e este adquire-se através do estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o utente, pelo respeito mutuo onde existe a partilha de saberes “o saber científico e o saber da experiencia da vida”. A conjugação desses dois saberes permitem a compreensão das necessidades de quem precisa de ajuda e de quem ajuda, em concreto o saber do enfermeiro especialista, para poder planear estratégias de intervenção, decorrentes “... do aprofundar do conhecimento da pessoa já que, por definição os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”. OE (2007, p.9)

Assim, este trabalho concerne, informação processada fundamentalmente, em duas vertentes: indirecta, através da consulta e análise de fontes documentais e directa da



pesquisa de terreno com aplicação de um questionário num período delimitado de cerca de 4 semanas.

Numa primeira fase deste trabalho farei um enquadramento teórico sobre a problemática do Sem-Abrigo, da patologia mental onde enquadra e relaciona o Sem-Abrigo e a patologia mental e os comportamentos aditivos focando em particular, a natureza da sua relação com a sociedade, causas e efeitos sociais conduzem a essa condição de vida, tendo em consideração os conceitos e o enquadramento europeu e português. Seguidamente a explicação do Questionário de Saúde Geral, instrumento escolhido para a recolha directa de informação com um breve enquadramento conceptual dos subgrupos que o integram o questionário referido, considerando preferencialmente o definido pela CIPE e DSM IV. Para complementar os dados resultantes do QSG aditei: dados demográficos (idade, sexo), local de pernoita, tempo de permanência na rua e sua causa, consumos aditivos actuais (álcool e/ou droga); acompanhamento em consultas e terapêutica habitual. A amostra inclui dez pessoas seleccionadas de forma aleatória da população Sem-Abrigo acompanhada pela Equipa de Rua da AMI.

Posteriormente, apresentação e caracterização da população sem-abrigo estudada e a análise e reflexão sobre os resultados obtidos através do QSG. Depois, perante os resultados obtidos, tendo em conta NIC, enunciarei as possíveis intervenções e resultados esperados partindo das necessidades identificadas. Por ultimo a conclusão/reflexão seguida das referências bibliográficas e os anexos.

Este trabalho terá essencialmente um carácter reflexivo sobre a temática em estudo tendo em conta os resultados obtidos os quais, não terão grande evidencia científica uma vez que, a amostra é muito reduzida mas, poderá ser um caminho para perceber está presente a doença mental, na população Sem Abrigo em estudo e de que forma como futura enfermeira especialista poderei intervir isto é, “interferir nos processos saúde/doença do cidadão, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social” OE (2006, p.29)



## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. SAÚDE MENTAL - SEM-ABRIGO

Num passado ainda não muito longínquo a pessoa com doença mental era institucionalizada e excluída da sociedade, não havendo qualquer contacto entre o doente e a população em geral. Este afastamento físico, também levou a um afastamento da compreensão da pessoa e da sua patologia. A sociedade em geral não reconhece à pessoa com doença mental capacidade quer num caminho individual quer como cidadão válido para a sociedade. Os mitos e falsas crenças que prevalecem sobre a patologia mental comprometem directa ou indirectamente a qualidade de vida da pessoa com doença uma vez que, “ (...) a saúde encontra-se cada vez mais associada à qualidade de vida, chegando, inclusive, a com esta se confundir”. OE (2006).

Entende a OMS que a qualidade de vida é “ (...) a percepção do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (cit in Revista da OE em 2007, p.9-20). A Organização anteriormente citada, no XXIV relatório explana que é “ particularmente importante a relação entre saúde mental e pobreza: os pobres e os carentes apresentam uma maior prevalência de perturbações, inclusive o abuso de substâncias. São grandes as lacunas no tratamento da maioria destes problemas.”

Na doença Mental, a estigmatização e a incompatibilidade familiar por razões da própria doença, nem sempre preenchem as condições técnicas e legais para serem internados e, a incapacidade ou dificuldade de ultrapassar momentos de crise, por não terem onde morar caem na situação de Sem-Abrigo. (Costa 2007, p.84).

Existem diversas definições de Sem-Abrigo. De acordo com a CIPE o Sem-Abrigo são “ ... Indivíduos ou Famílias sem residência fixa, normalmente associado a falta de recursos necessários para providenciar um abrigo adequado, nutrição inadequada, isolamento social, acesso limitado a instalações sanitárias e vulnerabilidade a riscos, por exemplo, doenças, violência e abuso de substâncias” (2005, p. 102).

Segundo dados da FEANTSA (2000), na Europa o número de Sem-Abrigo tem tido um aumento constante. Estima-se em dezoito milhões de europeus (uma pessoa em vinte nos quinze países da União Europeia estão impedidos do acesso a uma habitação condigna e que três milhões estão efectivamente sem tecto e quinze milhões vivem em

casas superlotadas ou sem condições. Os resultados do primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental divulgado em Março do corrente ano revelam que, as perturbações psiquiátricas mais frequentes na população portuguesa são a ansiedade (16,5 por cento) e a depressão (7,9 por cento).

Actualmente há estudos que demonstram que a doença mental, nas formas mais graves, precede à condição de Sem-Abrigo ou seja, a patologia mental já existia. Apesar da vida de rua agravar as perturbações mentais. Bento & Barreto (2002) citando o estudo realizado por Baxter e Hopper aferiu que a percentagem de indivíduos Sem-abrigo com perturbação psiquiátrica é significativa, pois excedia os 50% e que na Comunidade Europeia mais de 33% dos indivíduos Sem-abrigo sofre de psicopatologia. Quanto ao género e idade, Costa (Cit. In ISS, I.P. 2005, p.74) refere que os Sem-Abrigo têm “... desde a década de 90...como um individuo do sexo masculino...com idade média de 48 anos”.

Assim, no Sem-Abrigo e no doente mental ou, as duas problemáticas associadas, as relações afectivas, sociais e familiares estão comprometidas, impulsionando o isolamento da pessoa, ao mau desempenho profissional, ao desemprego e consequentemente à falta de condições habitacionais e de pobreza.

Também, ao nível da saúde, a pessoa Sem-Abrigo está exposta a múltiplos factores de risco, problemas físicos e mentais que podem resultar da vulnerabilidade e da condição de vida desfavorável. A saúde é das principais causas apontadas como sendo geradoras de Sem-Abrigo (Bento e Barreto 2002, p.54).

A pessoa Sem-Abrigo geralmente rompe com os laços sociais, existe o sentimento de perda, desmotivação, baixa auto estima consequência destes, podem ser muitas vezes o isolamento e a viver na rua. As imposições sociais como regras básicas da vida em sociedade tais como cumprir horários, regras de higiene, partilha de espaço, viver numa casa torna-se um problema nomeadamente, para aqueles que tem consumos aditivos e os com doença mental. Para eles a determinada altura, passa a ser satisfatório comer uma qualquer refeição, tomar um banho semanal e ter roupa, tornando-se indiferente ao lugar onde dormem. “ O individuo vai socializando-se no mundo da rua”. Vieira, Bezerra e Rosa (2004, p.99) A rua passa a ser entendida como um espaço para morar e sobreviver.

O Instituto da Segurança Social através de um estudo efectuado em 2004/05 caracteriza os Sem-Abrigo em dois tipos: “crónicos e os novos Sem-Abrigo”. Os “Sem-Abrigo crónicos”, com muitos anos de rua e onde a doença física, mental e a degradação física predominam os “os novos Sem-Abrigo” os que se encontram há pouco tempo na rua, onde predominam muitas perdas, familiares, profissionais e individuais que necessitam de um mecanismo de mediação que lhes permitam reconstruírem o seu projecto de vida. (ISS, I.P. 2005, p. 15).

Sintetizando, “Diferentemente dos que passam pela rua...os que moram desenvolvem formas...de garantir a sobrevivência...” Vieira, Bezerra e Rosa (2004, p.96) acrescenta Silva (2007, p.36) que, “ quem tem de utilizar a rua com o local para viver tem de passar por um processo de aprendizagem” é como que uma socialização, “...um processo pelo qual o indivíduo aprende a adaptar-se ao grupo pela aquisição de comportamento social aprovado pelo grupo”. No entanto, este processo de socialização apresenta vários obstáculos, quer para o Sem-Abrigo quer para a pessoa com doença mental na medida em que, as regras básicas de vida em sociedade deixam de ter importância ou sem sentido.

A desesperança, a falta de qualidade de vida leva a que a pessoa, em alguns dos casos, nutra sentimentos de inutilidade para a comunidade enveredando pela adição de substâncias, álcool e/ou drogas, como meio compensatório. O alcoolismo e/ou a toxicodependência podem ser a causa da situação ou a consequência.

## 2.2. COMPORTAMENTOS ADITIVOS

Como anteriormente referi, o abuso do álcool e de substâncias ilícitas é um fenómeno que frequentemente se alia à condição de Sem-Abrigo e à doença mental. O alcoolismo e/ou a toxicodependência podem ser a causa ou a consequência de ambas as problemáticas. O consumo abusivo de substâncias é consequência quando, por necessidade de experimentar, por estados de ansiedade, insegurança, falta de projecto pessoal ou mesmo do sentido de vida, que terão de ser identificados, compreendidos e resolvidos (Costa 2007, p. 84-85) A causa, quando o abuso de determinadas substâncias compromete o desempenho de actividades sociais e de emprego, participação nas obrigações familiares e com os amigos, a mentira para poder consumir, rupturas estas que, podem conduzir à situação de sem abrigo e/ou desenvolvimentos de sintomas psicopatológicos, e á doença.

O abuso do álcool e de drogas conjuntamente com as condições de vida deficitárias segundo Pimenta e tal. (2001) são “...focos de origem de elevada taxa de psicopatologia entre os Sem- Abrigo”. A incapacidade para realizar as actividades vida diária pode dever-se à presença ou a agudização doença mental em comorbilidade ou não, com abuso de substâncias.

Estudos realizados têm constatado que o comportamento aditivo e/ou presença de doença mental leva muitas vezes a pessoa a enveredar por um percurso conducente à perda de elementos em áreas da sua vida incluindo a perda do lar e/ou família. Segundo a literatura, geralmente, existe associação entre comportamentos aditivos e seus determinantes cognitivo-sociais que resulta muitas vezes da presença de comorbilidade ou seja, a existência de transtorno por uso de substancia psicoativa combinado com outro transtorno, tais como ansiedade e depressão.

O comportamento aditivo “privilegiado” por a população sem-abrigo é o “... álcool como estimulante, habitualmente vinho, cerveja ou bebidas espirituosas” CIPE ( 2005, p.48), o que etiologicamente se possa dever ao facto de este ser adquirido mais facilmente e com menor custo. No entanto também existem casos de uso de drogas “... Uso regular de medicamentos ou drogas, como os narcóticos, para efeitos não terapêuticos” CIPE (2005, p.48).

Existem relatos de Sem-Abrigo consumidores de substancias que apontam o uso abusivo de substâncias como sendo a causa/ consequência da condição de vida actual De acordo com a CIPE o uso abusivo de substâncias significa “ actividade executada pelo próprio...uso regular para efeitos não terapêuticos, de substâncias que podem ser prejudiciais à saúde e causar adição” (2005, p.48).

A pessoa com comportamento aditivo envereda para a dependência de substâncias, sendo notável a presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam a continuidade do consumo. Entre os problemas / complicações que podem advir do uso abusivo de substâncias estão o abandono ou redução das actividades sociais, ocupacionais ou recreativas e o afastamento das actividades familiares factores estes, podem contribuir para o isolamento da pessoa e/ou tornar-se Sem-Abrigo.

Sintetizando o anteriormente exposto, a problemática do Sem-Abrigo é muito complexa por si só mas, se associada a esta condição de vida estiver a doença mental

e/ou comportamentos aditivos certamente a necessidade de intervenção exige por parte dos técnicos, estratégias de identificação, acompanhamento e intervenção o mais precoce possível. Victoir e tal (2007, p.81-94) afirmam que, “para melhorar as competências gerais e as cognitivas pode ser caminho eficaz para a prevenção”.

Assim, acredito que o gatilho para se estabelecer um plano de ajuda à pessoa com o objectivo de minimizar ou resolver o problema parte da confiança e o respeito conseguida por uma comunicação terapêutica.

### 2.3. COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA – RELAÇÃO DE CONFIANÇA

O enfermeiro possui as competências, oportunidade e possibilidade para intervir, privilegiando a comunicação terapêutica, a confiança e o respeito mútuo.

A comunicação terapêutica é um instrumento fundamental para a prática da enfermagem, tem o fim de identificar e atender as necessidades da pessoa, ao criar oportunidades de aprendizagem e activar sentimentos de confiança e auto-estima. Oliveira (2005, p. 54) admite que é importante que se estabeleça um relacionamento empático e que se considere a individualidade, os valores, as crenças dos indivíduos utilizando sempre uma linguagem clara, de acordo com o nível de instrução da pessoa, permitindo assim uma avaliação correcta de suas necessidades. Desta forma, o enfermeiro promove a confiança e a participação da pessoa no processo de recuperação da situação de doença sendo capaz de entrar num processo de exploração de sua personalidade a fim de descobrir e reconhecer por si mesmo as incoerências que nele existem.

É pela comunicação estabelecida com a pessoa que podemos compreendê-la no seu todo ou seja, o seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim poderemos identificar os seus problemas e o significado que atribui aos acontecimentos para depois a ajudar a recuperar a saúde ao nível de funcionamento anterior ao problema actual ou se possível melhor. É por meio da comunicação que o enfermeiro pode realmente efectuar mudanças no comportamento da pessoa.

Uma praxis que envolva a pessoa como um todo, que atenda às suas capacidades, estimule a procura das causas e análise das implicações da sua condição de vida actual ajudando-a a enfrentar os problemas, valorizando as suas vivencias, experiências,



saberes e conhecimentos são as condições necessárias e ideais para ser estabelecida uma relação de confiança e de respeito mútuo.

Perante o exposto, pode assim entender-se que, o cuidar em enfermagem é como uma ciência e uma arte, engloba cuidados técnicos, científicos e humanos baseados na relação interpessoal. Segundo Hesbeen (2000, p. 47) “ quando atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer, mais alguma coisa por alguém, de ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações desesperadas”.

O processo de interacção impõe que o enfermeiro produza um clima favorável que garanta a confiança necessária à continuação da relação considerando que a pessoa é um ser único com as suas histórias e experiências de vida. Watson (2002, p.55) afirma que “...para cuidar de alguém tenho de saber muitas coisas. Tenho de saber, por exemplo quem é o outro, quais são os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento; tenho de saber responder às suas necessidades e quais os meus próprios poderes e limitações”. É nesta perspectiva que o cuidar pode ser caracterizado, como um verdadeiro “ (...) encontro com o outro um estar disponível para o outro, numa relação de proximidade e ajuda na base da compreensão e confiança (...)”. Moniz (2003, p.26)

Na relação de ajuda, espera-se que o enfermeiro promova um ambiente favorável, onde o indivíduo sinta tranquilidade e confiança para expressar-se. O objectivo da relação de ajuda é dar ao indivíduo a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se deve mudar (Lazure, 1994). A relação de proximidade com a pessoa, na presença de uma comunicação eficaz, permite ao enfermeiro estabelecer uma relação empática. A empatia deve ser um dos recursos a utilizar pelo enfermeiro desde o primeiro contacto a pessoa mesmo que, seja por um curto período de tempo.

Para Peplau a relação interpessoal é estabelecida de uma forma sequencial desde a orientação, identificação, profundidade até à resolução. Sobre a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, a mesma autora acredita que “o cuidado é um processo interactivo entre uma pessoa que tem uma necessidade de ajuda e outra que pode oferecer essa ajuda, o enfermeiro é um ser terapêutico e compromete-se com o outro”. Kérouac et tal (1994)



Em suma, o enfermeiro pode usar a comunicação para conseguir estabelecer relacionamento efectivo com o pessoa, a fim de oferecer-lhe apoio, conforto e informação, e despertar seu sentimento de confiança e auto estima, bem como lhe ensinar modos mais adequados de comunicação (Stefanelli, 1993 cit. Por Oliveira 2005).

Seguidamente, farei uma breve descrição do QSG e o enquadramento conceptual, de acordo com a CIPE e DSM IV das sub-escalas que integra o instrumento de colheita de dados.

### 3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Sendo o Homem”(...) um todo não se pode separar o físico do psíquico, do social e do mental” Carvalho & Carvalho (2006, p. 18). Segundo a OMS saúde é "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença".

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) inclui os critérios básicos para o diagnóstico da doença mental tendo em consideração os sintomas, sua duração e o prejuízo do funcionamento psíquico. A sintomatologia é identificada a partir de observações do comportamento e das queixas da pessoa.

Neste contexto, para objectivar a avaliação da saúde mental da pessoa, de forma a obter definições precisas nos diagnósticos para os casos nos quais o limite da doença e a saúde eram influenciados pelos valores da sociedade e cultura local Goldberg em 1972, propôs o *General Health Questionnaire* (GHQ), na versão portuguesa Questionário da Saúde Geral (QSG). O QSG é um instrumento auto-aplicável que na versão original é constituído por 60 itens sendo posteriormente apresentado em versões mais reduzidas sem comprometimento de sua confiabilidade (Banks & cols., 1980; Jones & Murphy, 1979). Das versões disponíveis do questionário irei debruçar-me sobre o QSG -28 por ser o que pretendo utilizar

O QSG é um instrumento válido para identificar casos potenciais de perturbação psiquiátrica não psicótica na população e/ou na presença destes avalia a severidade dos mesmos ou seja, permite apurar o desvio da saúde mental. (Golberg, 1972;1985 apud Pasquali e tal. 1996). De acordo o autor, o QSG - 28 visa identificar a incapacidade para realizar as actividades usuais que uma pessoa saudável realizaria, ou o aparecimento de fenómenos *stressantes* novos. Desta forma, entende o autor anteriormente citado que, a incapacidade para realizar as actividades que são usuais numa pessoa saudável podem dever-se há presença de sintomas somáticos, ansiedade/insónia, disfunção social e depressão grave que traduzem a actual saúde mental da pessoa.

O questionário contém 28 itens, integrando cada um deles uma escala ordinal de quatro posições. As alternativas de cotação são, (0,0,1,1); (0,1,2,3) ou (1,2,3,4). A soma total

das respostas indica estado mental da pessoa no momento. Este instrumento inclui 4 subgrupos cada um deles integra sete itens. Os sub grupos são designados por: “Sintomas Somáticos” (item 1 a 7), “Ansiedade e Insónia” (item 8 a 14), “Disfunção Social” (item 15 a 21) e “Depressão Grave” (item 22 a 28). Considerando a cotação adoptada o valor total do questionário pode variar entre “0” e “84” e cada subgrupo entre “0” e “21”. Valores mais elevados neste questionário correspondem a pior saúde mental sendo o corte não sintomático vs corte sintomático de patologia mental se obtiver o resultado de 39/40 ou seja, inferior a esta cotação não há sintomatologia de doença mental. A análise factorial dos subgrupos fornece dados do perfil individual da pessoa úteis para de uma forma objectiva ajudar na formulação do diagnóstico da doença mental.

No contexto em que decorre o ensino clínico, atendendo às características da população em estudo, optei por utilizar uma versão mais reduzida do QSG com 28 itens (Anexo I), como instrumento de colheita de dados como forma de recolha de informação necessária para atingir o objectivo a que me propôs com este trabalho. Das alternativas de cotação das respostas existentes, aleatoriamente, optei pela variação de “0” a “3”.

### 3. 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SUB-GRUPOS DO QSG

Tal como referi anteriormente o QSG inclui quatro sub-grupos que permitem averiguar através da análise factorial, dados do perfil individual da pessoa nomeadamente, a presença de: “Sintomas Somáticos”, “Ansiedade e Insónia”, “Disfunção Social” e “Depressão Grave”. Assim, para cada um dos sub-grupo seguidamente farei uma breve contextualização tendo em consideração a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*(DSM IV).

#### ■ Somatização, Sintomas somáticos

De acordo com a DSM IV a característica essencial do Transtorno de Somatização é: “um padrão de múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativo... polissintomático... e é caracterizado por uma combinação de dor, sintomas gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos”. “Uma queixa somática é considerada clinicamente significativa se resultar em tratamento médico ou causar prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da

vida do indivíduo” que podem estar relacionados com questões psicossociais importantes, como redes de apoio social, relações familiares, emprego e/ou questões económicas.

### ■ Ansiedade e Insónia

A Ansiedade significa “ Emoção...Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhadas de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula”. CIPE (2005, p.85). Segundo o DSM IV a ansiedade é subdividida em: Agorafobia; Ataque de Pânico; Transtorno de Pânico Sem Agorafobia; Transtorno de Pânico Com Agorafobia; Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico; Fobia Específica; Fobia Social; Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Transtorno de: Stress Pós-Traumático; Transtorno de Stress Agudo, Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral; Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância; Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação. A ansiedade pode ter origem em: Conflito inconsciente relativo a valores ou objectivos essenciais de vida, crise de maturação ou situacional, ameaça ao auto-conceito, ameaça de morte, necessidades não satisfeitas, fixação em estadios do desenvolvimento anteriores, exposição a estímulos fóbicos, tentativa de interferência em comportamentos ritualistas, experiência traumática. A ansiedade pode ter a sua etiologia num conflito inconsciente relativo a valores ou objectivos essenciais de vida, crise de maturação ou situacional, ameaça ao autoconceito, ameaça de morte, necessidades não satisfeitas, fixação em estadios do desenvolvimento anteriores, exposição a estímulos fóbicos, tentativa de interferência em comportamentos ritualistas e experiência traumática. (NIC). Os sintomas mais comuns de um estado de ansiedade elevada são: Dispneia, palpitações, dor ou desconforto no peito, sensação de aperto, tonturas, desequilíbrio, sentimentos de irrealidade, parestesias, sudorese, tremores e arrepios, medo de morrer, inquietação, náuseas ou desconforto abdominal, pesadelos ou percepção visual de acontecimentos traumáticos, insónia.

Insónia significa “ sono com características específicas: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir toda a noite ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável, num ambiente agradável, espertina, falta de sono;

frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas” CIPE (2005, p. 73). Segundo a DSM IV o modo mais frequente é a insónia intermédia (acordar durante a noite e ter dificuldade em adormecer) ou insónia de fim da noite (acordar demasiado cedo e ter dificuldade em adormecer) ou insónia inicial (dificuldade em adormecer). O sono alterado pode dever-se a: Humor depressivo, alterações bioquímicas, medos reprimidos, sentimentos de desesperança, medo de falhar, ansiedade (moderada a severa), alucinações, pensamento delirante.(NIC)

O DSM IV considera também o Transtorno do Sono Induzido por Substância “... supõe que uma substância (isto é, uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada com a insónia”. O distúrbio do sono pode causar sofrimento e/ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional que se reflectem no desempenho da pessoa concomitantemente à disfunção social.

#### ■ Disfunção Social

A disfunção social pode ser um dos multifactores da causa da doença mental. O interacção social comprometida é frequente nas perturbações mentais causadas por: carências na infância, problemas de relacionamento, estrutura familiar e o desemprego. A disfunção social manifesta-se muitas vezes por: regressão do desenvolvimento, humor depressivo, baixa auto estima, comportamentos egocêntricos (que ofende os outros e desencoraja relacionamentos), pensamento delirante. Os factores sociais são importantes tanto quanto à causa como á forma de perturbação mental e operam nos diversos níveis. O meio físico imediato, condições de privação nomeadamente: conflitos sociais, abuso de substâncias e factores que contribuam para a pobreza e perturbação mental. O grupo social e familiar: os familiares mais próximos exercem influências importantes no nosso funcionamento e desenvolvimento. A etiologia das perturbações mentais como referi anteriormente são multifactoriais. Considerando a influência social como: acontecimentos, influências familiares, factores culturais e comportamento na doença, o facto de a pessoa ser portadora de doença mental existe uma dificuldade acrescida em resolver as suas circunstâncias de vida.

#### ■ Depressão



Os comportamentos depressivos são outro subgrupo a analisar no QSG – 28. A depressão é classificada como uma perturbação do humor (também denominadas por perturbações do afecto) e definisse por uma “emoção... estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça”. CIPE (2005, p.85). Para o diagnóstico da depressão é necessário atender aos sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais. (Kaplan & Sadock, 2005). A etiologia da Depressão Falha de feedback positivo, sentimentos de abandono por pessoas significativas, falhas sucessivas em atingir objectivos (sentimento adquirido de não ser merecedor de ajuda), ego imaturo, superego punitivo, capacidade cognitiva de acolher uma imagem negativa de si próprio. (NIC)

Em situações mais extremas de depressão, depressão grave, existe um comprometimento da qualidade de vida da pessoa concretamente, o Humor depressivo, sentimentos de desvalorização, raiva interiorizada, interpretação incorrecta da realidade frequentemente, conduzem ao suicídio. De acordo com a CIPE (2005, p. 47) suicídio significa “comportamento auto destrutivo com características específicas: execução de actividades suicidas que levam à própria morte”.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

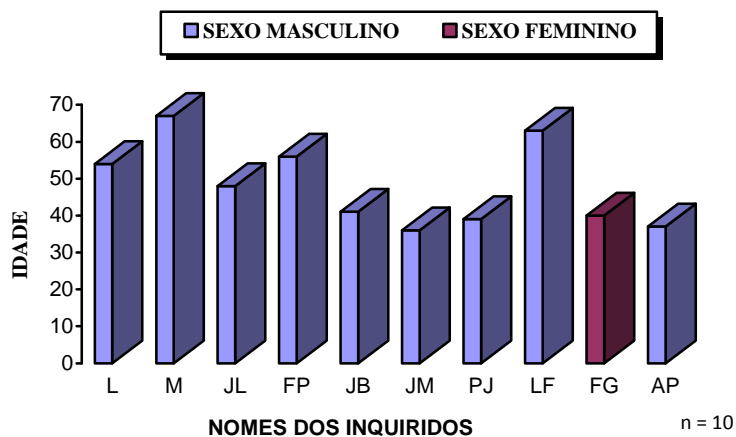
Após a colheita da informação procede-se ao tratamento dos dados, (Anexo II) análise e discussão. Salvar que, foram tidos em conta os procedimentos obrigatórios na aplicação deste instrumento incluindo o anonimato.

Primeiramente farei a análise e discussão dos resultados obtidos das questões de caracterização demográfica da amostra designadamente: idade, sexo, tempo em anos de situação Sem-Abrigo e a causa, consumos adictos existentes (álcool e/ou droga); consultas de acompanhamento frequentadas, existência de toma terapêutica e o local de pernoita.

A amostra, como referi previamente, foi de dez pessoas Sem-Abrigo que pertencem à população acompanhada pela Equipa de Rua da AMI. Assim, da amostra inquirida os resultados obtidos foram os seguintes:

- ✘ **Dos 10 inquiridos 9 são do sexo masculino e um do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre 36 e os 67 anos, sendo a Média de idades aproximadamente 49 anos. (Gráfico 1)**

Gráfico 1: Distribuição da amostra por idades

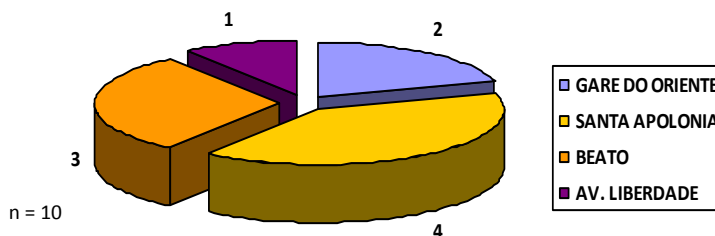


Os resultados obtidos revelam que existe um predomínio do sexo masculino e a média de idades situa-se nos 49 anos estando estes em conformidade com achados de estudos já realizados neste âmbito. De acordo com a literatura, uma possível justificação para que os números de mulheres de Sem-Abrigo ser menor que o do sexo masculino pode-se dever à invisibilidade da situação e porque culturalmente a rua é pertença do homem.

A mulher sem-abrigo pode estar mais escondida, o sentimento de perda e de desajustamento ao meio ambiente leva-a a esconder-se em casas abandonadas, barracas, longe dos olhares de quem passa. Segundo dados dos relatórios da Fundação AMI, (2003-2006) do número de Sem-Abrigo que procurou os serviços da AMI apenas 20% são mulheres. Considerando, Costa (2005, p.74) refere que os Sem-Abrigo são indivíduos do sexo masculino e a idade média de 48 anos.

- ✗ **Locais de pernoita: 2 na Gare do Oriente, 3 no Beato; 4 em Santa Apolónia e 1 na Avenida da Liberdade.**

Gráfico 2: Local de pernoita dos Sem-Abrigo inquiridos



Realçar que, dos dez inquiridos apenas 3 dormem em albergues e permanecem na rua durante o dia e 3 dormem numa casa abandonada e quatro dormem em espaços públicos.

- ✗ **A média de anos de permanência na rua é de aproximadamente 10 anos, o mínimo é de 3 anos (uma pessoa) e o máximo 20 anos (2 pessoas).**

Os resultados obtidos demonstram que a amostra em estudo vive na situação de sem abrigo desde alguns anos. A permanência na rua é um processo auto-destrutivo, agravado pelo facto de o Sem-Abrigo se mover num contexto de rotinas muito pobre e que parecem sempre as mesmas, onde o objectivo da sobrevivência absorve toda a sua atenção. Assim, vivendo constantemente nos limites, a pessoa Sem-Abrigo tem de se adaptar à rua, ao mesmo tempo que desenvolve estratégias de sobrevivência. Thelen, (2006), refere-se aos Sem-Abrigo como estando “parados, numa vida em que a satisfação necessidades básicas tais como encontrar comida e um lugar para dormir está sempre presente ou seja, “Ser Sem-Abrigo implica mais do que um modo de viver é um modo de sobreviver” (Bento et al., 2002, p. 90).

- ✘ **Dos 10 inquiridos 5 apontaram causa familiar como o motivo da condição actual de Sem-Abrigo; 3 não quiseram revelar e 2 por desemprego.**

Estes resultados não permitem compreender os factores de risco que geram e reforçam as situações de Sem-Abrigo, no entanto estudos realizados neste campo levam a concluir que, e de acordo com amostra em estudo, os factores que mais frequentemente conduzem à situação de Sem-Abrigo situam-se nos problemas familiares e relacionais, no emprego e nas áreas da saúde. Estima-se ainda que, a pobreza é consequência dos referidos factores e que conduzem à situação de Sem-Abrigo.

- ✘ **Nove tinham comportamentos aditivos, 7 abuso de álcool e dois de álcool e droga. Apenas um dos participantes referiu não fazer consumos de substâncias.**

Analisando os resultados verifica-se que, existe uma forte ligação entre a situação de Sem-Abrigo e a dependência de substâncias concretamente, 9 dos inquiridos admitiram tais hábitos. Este resultado vêm também concordar com estudos anteriores no que se refere ao Sem-Abrigo como “...estando parados, numa vida em que a satisfação necessidades básicas tais como encontrar comida e um lugar para dormir está sempre presente que...vida esta, preenchida pelo álcool, tabaco e de outros pequenos expedientes. Thelen (2006). O predomínio do consumo do álcool, como referi no enquadramento teórico, pode estar relacionado com o fácil acesso e ao baixo custo para obter alterações subjectivas da consciência e do humor que julgam ser necessários para “sobreviver”.

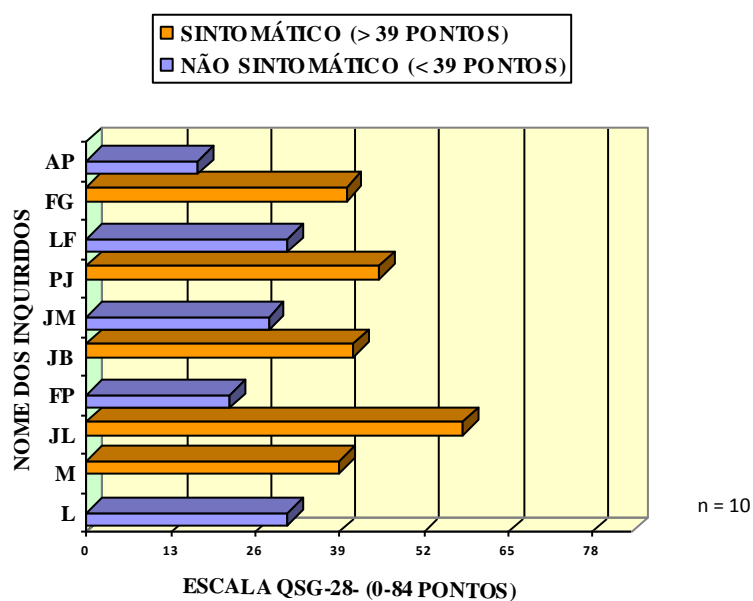
- ✘ **Dos 10 participantes 5 são seguidos em consultas respectivamente consulta de cardiologia (3) gastroenterologia (1), obesidade (1) reconhecem no entanto que o fazem de forma irregular. Ainda 4 tomam terapêutica e 3 estão em programa de metadona.**

Na minha percepção e perante os resultados obtidos, a precariedade da situação em que a pessoa se encontra quer a nível físico (habitação e conforto), psicológico (laços afectivos) e social (dificuldade na aquisição e administração terapêutica, cansaço, alimentação racional e equilibrada) são obstáculos para tratamentos adequados. Por outro lado, a motivação do próprio desprovido de objectivos de vida, sem suporte

afectivo e psicológico dificulta a colaboração no tratamento e acompanhamento de saúde. As doenças cardiovasculares e gastrointestinais foram as mais identificadas pelos inquiridos. Se pensarmos que estas frequentemente estão associadas ao alcoolismo e se 90% da amostra tem consumo abusivo de álcool poder-se-á dizer que, estas são a consequência do abuso.

Os resultados obtidos QSG -28, resultantes da soma total dos 28 itens, traduzem as seguintes conclusões: (gráfico 3)

Gráfico 3: QSG -28 – Corte sintomático vs não sintomático de saúde mental dos participantes

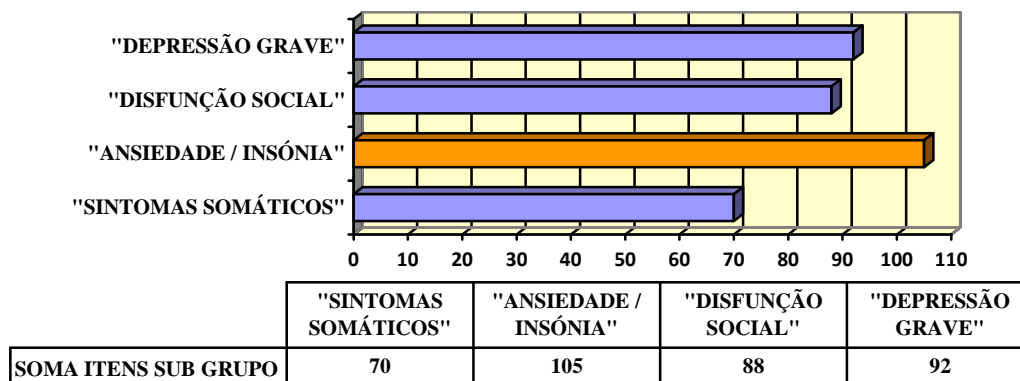


Poder-se-á assim concluir que, 50% estão sintomáticos ou seja, o QSG total  $\geq 39$  pontos o que significa que existe desvio da saúde mental. Embora não muito significativos estes resultados não estão muito longe do que os estudos feitos neste campo de acção revelam. Conferindo o descrito na revisão bibliografia e parafraseando Bento & Barreto (2002) “a percentagem de indivíduos Sem-abrigo com perturbação psiquiátrica é significativa, pois excedia os 50% e na Comunidade Europeia ronda os 33% dos indivíduos Sem-abrigo sofre de psicopatologia”.

Fazendo uma análise factorial dos resultados obtidos nos sub-grupos que integram o QSG -28 verifica-se (gráfico 4) que, a moda situa-se na “ansiedade/insónia” seguida da “depressão grave”.



Gráfico 4: Sub grupo Modal – Ansiedade/Insónia



Os resultados obtidos estão em conformidade com o descrito na revisão bibliografia nomeadamente, as perturbações psiquiátricas mais frequentes na população portuguesa são a ansiedade (16,5 por cento) e a depressão (7,9 por cento).

A pessoa Sem-Abrigo com ou sem patologia mental tem grandes probabilidades de apresentar níveis de ansiedade elevados e insónia, associados às suas limitações, quer pela condição de vida actual quer por doença, ou por ambas associadas. Da mesma forma, se compreende que a pessoa sujeita diariamente a dificuldades sem que para tal, tenha competências sociais, pessoais e inter-relacionais capazes de as ultrapassar, com frequência, desenvolve sintomatologia depressiva. As manifestações mais frequentes são: a diminuição da auto-estima, alteração do sono, risco de auto agressão e de suicídio, angústia espiritual, interacção social ineficaz, sentimentos de impotência, processo de pensamento alterado e ingestão diminuída de alimentos. Revisando os sinais e sintomas da depressão poder-se-á dizer que com frequência se encontram aliados à problemática em estudo. (gráfico 6 e 8 em anexo II).

Os sub grupos do QSG – 28, “sintomas somáticos” e a “Disfunção Social”, de uma forma geral não foram reconhecidos pela amostra como intervenientes na perda ou alteração da sua saúde mental. ( gráficos 5 e 7 em anexo II)

Em relação à “Disfunção Social” os resultados, podem ter o seu fundamento último atendendo ao tempo de condição de sem-abrigo dos inquiridos é elevado, situa-se entre os 3 e os 20 anos. Está descrito na literatura que, a situação de vida do Sem-abrigo é com frequência a causa ou a consequência de disfuncionalidade social motivada pelo isolamento social associado, falta de autonomia e por comportamentos auto destrutivos



(relacionados com a toxicodependência e alcoolismo). No entanto, está demonstrado que a pessoa que permanece na rua adota estratégias de sobrevivência e acomoda-se à situação passando a ser funcional na medida em que satisfaz as suas necessidades fundamentais ou melhor, as que entende como tal. A rua passa a ser entendida como um espaço para morar e sobreviver. Vieira, Bezerra e Rosa (2004, p.99)

A problemática do Sem-Abrigo e/ou doente mental traduz uma complexidade de crescente dos problemas, por situações que não conseguem resolver por si. Assim, a pessoa Sem-Abrigo necessita de uma estrutura de cuidados abrangentes e coordenados procurando oferecer estabilidade, segurança e determinação. Neste contexto, o enfermeiro tem um papel preponderante no âmbito da saúde, intervindo de acordo com os problemas identificados e no encaminhamento para áreas que não sejam da saúde mas que igualmente são fundamentais para o restabelecimento do equilíbrio físico, psíquico e social da pessoa.

## 5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - NIC

A NIC define intervenção de enfermagem “como qualquer tratamento, que tenha por base o julgamento clínico e o conhecimento, que a enfermeira execute para melhorar os resultados do paciente”.

As intervenções enfermagem visam, aumentar da capacidade funcional da pessoa, melhorando o seu bem-estar, reintegração familiar e social e até a diminuição dos custos sociais e económicos dos estados de doença. Intervir significa, limitar a progressão da doença, evitar ou diminuir as consequências/complicações, envolver o doente/família e prevenir a reincidência da doença.

Nesta sequência, dos resultados obtidos com o QSG -28 verificou-se que a patologia mental está presente na pessoa sem abrigo. A “Ansiedade/Insónia” foi identificada pelos inquiridos como a principal causa de incapacidade na realização das actividades habituais que na ausência de doença conseguiam realizar. Da mesma forma, a “Depressão Grave” também foi identificada pelos inquiridos mas em menor número. Considerando os resultados obtidos. Seguidamente, enunciarei as possíveis intervenções de enfermagem contempladas pela NIC para reduzir ou colmatar o problema identificado designadamente para a Ansiedade/Insónia e para a Depressão tendo em conta a o contexto e a especificidade da amostra em estudo, ser Sem-Abrigo respeitando o “contexto cultural onde daí se desenvolve... em relação às práticas de cuidado de enfermagem, visando um atendimento significativo e eficaz às pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto saúde/doença”. Leininger (1991)

### 5.1. ANSIEDADE, INSÓNIA E DEPRESSÃO - INTERVENÇÕES

Neste contexto, as intervenções a serem realizadas deverão incluir:

- Estabelecer relação de ajuda. Tranquilizar o doente, mostrar disponibilidade e presença. Só através de disponibilizar tempo se pode trabalhar sentimentos de aceitação e de valorização pessoal;
- Manter uma atitude calma e não ameaçadora enquanto está com o doente para promover a segurança deste;
- Estimular o doente a falar das suas experiências traumáticas num contexto não ameaçador, sem juízos de valor. Ajudar o doente a lidar com os sentimentos de

- culpa relacionados com o episódio traumático e que o seu comportamento perante esse acontecimento, que a maioria das pessoas reagiria do mesmo modo;
- Prestar apoio ao doente caso se verifique um aumento da ansiedade associado à recordação de algum episódio especialmente traumático;
  - Quando os níveis de ansiedade o permitirem, explorar com o doente as possíveis razões para a ocorrência. A capacidade para reconhecer os factores precipitantes é o primeiro passo para ensinar o doente a controlar a ansiedade;
  - Ensinar o doente a reconhecer os sinais e sintomas do aumento da ansiedade e formas de interromper a sua progressão;
  - Aumentar a auto estima. À medida que a auto-estima aumenta, o doente sentirá menos necessidade de manipular os outros para se sentir gratificado. O reforço positivo aumenta a auto-estima e promove a repetição de comportamentos desejáveis. Esta intervenção aumenta os sentimentos de auto-valorização e facilita uma relação de confiança;
  - Ensinar ao doente técnicas de assertividade: a capacidade de reconhecer a diferença entre comportamentos passivos, assertivos e agressivos; a importância de respeitar os direitos humanos dos outros enquanto protege os seus;
  - Auxiliar o utente a desenvolver as actividades de auto-cuidado conforme a necessidade, e capacidade de funcionar, o mais independente possível. Fazer feedback positivo às tarefas desempenhadas de forma independente;
  - O doente é incapaz de estabelecer os seus próprios limites, pelo que terá de ser a equipa a defini-los. Se a aplicação das consequências da violação dos limites não for consistente, os comportamentos manipuladores não serão eliminados. Entender as motivações por trás dos comportamentos manipuladores pode facilitar a aceitação do indivíduo e do seu comportamento;
  - Explorar a percepção do doente relativamente às ameaças da sua integridade física ou ao seu auto-conceito. O doente pode recear pela sua vida. A presença do técnico, proporciona confiança e segurança;
  - Ajudar o doente a identificar as áreas da sua vida sobre as quais exerce controlo e as áreas nas quais não parece ter capacidade de controlo. Estimule a verbalização de sentimentos associados a essa incapacidade;



- Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais. Ajudar o doente a definir objectivos realistas, os objectivos irrealistas aumentam as possibilidades de falhar e reforçam os sentimentos de impotência. Isto auxiliará o doente a lidar com questões não resolvidas e a aprender a aceitar o que não pode ser alterado. Discutir com o doente a realidade da situação com o doente de modo a identificar os aspectos que podem ser alterados e os que não podem;
- Envolver o doente no processo de tomadas de decisão relacionadas com a selecção de estratégias alternativas de *coping*;
- Promover o controlo de comportamentos aditivos, encaminhar para centros de recuperação; tratar sintomas de abstinência;
- O encaminhamento é feito para os serviços dos Centros Porta Amiga e/ou outras instituições que possam dar resposta às dificuldades dos sem-abrigo abordados.

Perante o exposto, acrescentar ainda que, este tipo de população poderia beneficiar da criação de pequenos grupos de auto-ajuda, integrados e organizados por pessoas que estejam a vivenciar ou vivenciaram esta problemática de modo a encontrar soluções através da partilha de experiencias com vista a reinserção social e familiar.

## 6. REFLEXÃO FINAL

O presente trabalho foi realizado com o objectivo de identificar problemas e/ou eventuais áreas de intervenção de SMP em pessoas Sem-Abrigo. Para a concretização deste objectivo foi feita uma revisão da literatura e a aplicação do QSG -28 para a recolha de dados directos.

A amostra em estudo, apesar de ser pouco representativa, demonstra que existe uma forte ligação entre os comportamentos aditivos e a situação Sem-Abrigo ou seja, 90% da amostra tem hábitos abusivos de consumos de substâncias o que vem reforçar a importância da identificação de possíveis comorbilidades relacionadas os comportamentos aditivos. Realçar ainda que, o sexo predominante é o masculino e em média, encontram-se numa situação de Sem Abrigo desde à 10 anos.

Os resultados do QSG -28 revelaram que cerca de 50% da amostra tem sintomatologia de psiquiatria o que significa que, existe um comprometimento da capacidade de realizar as actividades que são usuais numa pessoa saudável.

Existe na literatura muitos estudos realizados com este tipo de população e a opinião quase consensual é que, a problemática em questão é muito complexa. No entanto, os estudos não são claros no sentido de determinar se são as perturbações de saúde mental que conduzem à situação de Sem-Abrigo ou se são os factores envolventes, como a ruptura de relações afectivas, de desagregação familiar, toxicodependência, a resistência física e psicológica que representa viver na rua que conduzem à doença mental ou seja, a doença mental pode ser tanto a causa como o efeito dominante à situação de Sem-Abrigo.

Da análise factorial do QSG-28 verificou-se que a ansiedade/insónia são as causas mais apontadas pelos inquiridos como sendo as razões, que mais influenciam/comprometem o seu bem-estar psicológico. A Depressão Grave também teve alguma representatividade nos resultados obtidos.

A identificação do problema é de facto a pedra basilar para o planeamento das intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades do doente, respeitando as suas crenças e culturas e ajudá-lo a ter mais autonomia e qualidade de vida.



A ajuda deve ser fundada numa comunicação terapêutica e numa relação de confiança. Torna-se imperativo que o enfermeiro tenha habilidades de comunicação, que devem conhecer o significado das mensagens enviadas pelo pessoa para então elaborar um plano assistencial adequado para atender as necessidades do mesmo. (Oliveira et al, 2005) A comunicação é um instrumento facilitador no processo de interação e comportamentos entre os profissionais de saúde. Os quais devem demonstrar respeito pelas características individuais de cada pessoa. (Ferreira et al 2009).

Tendo em conta o anteriormente explanado, consciente que por vezes o estabelecer uma relação de confiança é um processo moroso mas, é imprescindível para poder intervir junto desta população. A relação com o doente inclui um processo de aprendizagem interactivo, que permite a melhoria de competências na resolução de problemas específicos; nas tomadas de decisão; na gestão de crises; na melhoria das relações interpessoais; nas tomadas de consciência; no desenvolvimento pessoal, no trabalho; na gestão de sentimentos, pensamentos; nas percepções dos conflitos externos e internos.

Para terminar, considero ter atingido o objectivo deste trabalho ao mesmo tempo adquirir conhecimentos sobre a problemática em estudo.

Como principais limitações deste estudo registo o quão difícil é conseguir que este tipo de população adira ou participe em iniciativas deste género; num contexto de rua torna-se necessário outro tipo de instrumento de colheita de dados não por não se adequar ao que pretendia estudar mas, por ser auto aplicável o que acabou por não se verificar uma vez que, as pessoas apresentavam baixo grau de escolaridade e a “paciência esgota-se em pouco tempo”; outra limitação foi o tempo porque só se consegue intervir quando já existe uma relação de confiança implica um processo que por vezes é longo

Como sugestão considero que, em estudos futuros, uma amostra mais representativa poderá enriquecer um trabalho neste formato e contribuir para validar e dar evidencia a estes resultados.

## BIBLIOGRAFIA

Abreu, Paulo, et. al. (2003), Cuidados de Saúde aos Sem-Abrigo, que realidade?, Escola Superior de Enfermagem de São Vicente Paula, Lisboa.

AMI (2006), Relatório Anual, Lisboa

APA, A.P.A.-. (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.<sup>a</sup> ed. ed.). Lisboa: Climepsi.

Baptista, Isabel (2005), Sem-Abrigo em Portugal – Elementos de uma reflexão, contributos para um diagnóstico, in Estudo dos Sem-Abrigo, ISS, I.P, Lisboa.

Bento, A., Barreto, E. (2002). Sem Amor Sem-Abrigo. Lisboa. Climepsi.p.54

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e*

Carvalho, A.A.S.; C.S. Graça (2005). Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Loures. Lusociencia.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0, Geneva, 2005; ISBN: 92-95040-36-8

Constituição da República Portuguesa (1976), Coimbra Editora, Coimbra.

Costa, A. (2007). Exclusões Sociais. 6<sup>a</sup> Edição. Lisboa. Gradativa

Costa, A. Et al. (2004). Sem-Abrigo e Imigração, Olhares sobre a realidade em Portugal. Ed. Lisboa. Padrões Culturais Editora

Costa, Alfredo Bruto, Isabel Baptista (2000), Women, Exclusion and Homelessness, Anual report for the European Observatory on Homelessness 1999. Lisboa.

Costa, Alfredo Bruto; BAPTISTA, Isabel; CARDOSO, Ana; RASGADO, Sofia (1999) "Pobreza e Exclusão Social em Portugal. A Região de Lisboa e Vale do Tejo", Prospectiva e Planeamento, Lisboa.

Estudo dos Sem-Abrigo (2006), Segurança Social Fundo Social, União Europeia, Lisboa. As Sem-Abrigo de Lisboa 110

FEANTSA (2001) Documento Político da FEANTSA – Promover a Inclusão Social Através do Acesso à Habitação, Bruxelas.

Ferreira, M., et. al. (2000), O Futuro da Europa Social, Celta Editora, Oeiras, Portugal.

Ferreira, M.A.G.; Pontes, M.; Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6 pp. 358-366.

Goldberg D, Hillier V. A scaled version of the general health questionnaire.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures. Lusociencia.

Hesbeen, Walter – *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa perspectiva do Cuidar*. 1ª ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2000. 201p.

*Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) –(2008)*. Editora Artmed ISBN 9788536309941

ISS., I.P (2005). *Estudo dos Sem-Abrigo*. Lisboa. Instituto da Segurança Social, I.P.p.74

Kérouac, S. et al – *La pensée infirmière*. Laval, Maloine, 1994.  
LAZURE, H., “Viver a relação de ajuda”, Lusodidata, Lisboa, 1994

Leininger, M.M. - *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991.

Moniz, José Manuel Nunes (2003) *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures Lusociência

OLIVEIRA, Poliéria, Santos; (et. al.) – *Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva*. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol. 7; Nº 1; pag. 54 a 63. 2005. Consulta 2010-10-27 Disponível: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_1/pdf/ORIGINAL\\_05.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/ORIGINAL_05.pdf)

*Ordem dos Enfermeiros – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Nº32. 2002 (p. 8). ISSN 1646-2629.

*Ordem dos Enfermeiros – O Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários*. 2007.

*Ordem dos Enfermeiros – Tempo de Mudança*. *Revista da ordem dos Enfermeiros*. Nº 22. Julho 2006. (p. 29 a 31) ISSN 1646-2629.

*Ordem dos Enfermeiros – Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem*. Suplemento de Revista. Nº 26. Junho 2007. (p. 9 a 20). ISSN: 1646-2629.

Pimenta, M., Ferreira, J. A., Ferreira, L. V., Faria, A. & Pimentel, P. (2001). *As Ilhas do Porto – Estudo Sócio Economico, Pelouro de Habitação Social*. Porto: Artes Gráficas.

*Revista de Formação e Educação em Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 1ª série; 5ª Edição; 2000. Consulta. 2019-10-25 Disponível: [http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?target=Detalhes&id\\_website=3&id\\_edicao=20](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?target=Detalhes&id_website=3&id_edicao=20)

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock - Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (D. Claudia, Trans. 9.ª Edição ed.). S. Paulo: Porto Alegre: Artmed.



Victoir A, Eertmans A, Van den Bergh O, Van den BrouckeS. Association of substance-use behaviours and their social-cognitive determinants in secondary school students. HealthEduc Res. 2007;22(1):81-94.- consultado a 25/11/2010

Vieira, M., Bezerra, E., Rosa, C. (2004). População de Rua quem é, como vive, como é vista. São Paulo BR. Editora Hucitec. P.96-99

Vieira, Margarida – Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência. Edição Universidade Católica Portuguesa, Lda. Lisboa. 2007. (p.18;19). ISBN 972-54-0146-8

Watson, J. – Nursing: human science and human care – a theory of nursing. NY, National League for Nursing, 1988

## ANEXOS

## ANEXO I: QSG - 28

# QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL

### POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO:

Gostaríamos de saber se tem tido queixas de saúde, e qual tem sido o seu estado de saúde em geral nas *últimas semanas*. Por favor responda a **TODAS** as perguntas, assinalando com uma cruz, em cada pergunta a resposta que lhe parece que se aplica melhor a si. Repare que nós queremos tomar conhecimento de queixas recentes e actuais, e não acerca de queixas antigas. É importante que responda a **TODAS** as questões

### NOS ÚLTIMOS TEMPOS

1- Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
2- Tem sentido necessidade de um tónico?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
3- Tem-se sentido em baixo de forma e mal disposto?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
4- Tem-se sentido doente?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
5- Tem tido dores de cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
6- Tem tido uma sensação de aperto na cabeça ou pressão na cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
7- Tem tido ataques de frio ou de calor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
8- Tem perdido o sono devido a preocupações?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
9- Depois de adormecer acorda várias vezes?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
10- Tem-se sentido constantemente sob tensão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
11- Tem-se sentido irritável e de mau humor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
12- Tem-se sentido assustado ou tem entrado em pânico sem razão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
13- Tem tido a sensação de que está tudo a cair em cima de si?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
14- Tem-se sentido permanentemente nervoso	De modo	Não mais	Mais que o	Muito mais



e tenso?	nenhum	que o habitual	habitual	que o habitual
15- Tem conseguido manter-se activo e ocupado?	Mais de que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
16- Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?	Menos tempo	O mesmo tempo que o habitual	Mais tempo que o habitual	Muito mais tempo que o habitual
17- Acha que, de um modo geral, tem trabalhado bem?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
18- Sente-se satisfeito com a maneira como tem cumprido as suas tarefas?	Mais do que o habitual	O mesmo que o habitual	Menos que o habitual	Muito menos que o habitual
19- Tem-se sentido útil no que faz?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos útil do que é costume	Muito menos útil do que é costume
20- Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
21- Tem tido prazer nas suas actividades normais do dia a dia?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
22- Tem-se considerado uma pessoa sem valor nenhum?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
23- Tem sentido que já não há nada a esperar da vida?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
24- Tem sentido que a vida já não vale a pena?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
25- Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida
26- Acha que às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
27- Tem dado consigo a pensar estar morto e longe de tudo?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
28- Acha que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (n=10)								
NOME	IDADE	SEXO	CONS. ACTUAIS	SEM ABRIGO (anos)	CAUSA – SEM ABRIGO	SEGUIDO EM CONSULTAS	MEDICAÇÃO	LOCAL PERNOITA
L	54	M	Álcool	4	Desemprego	Cardiologia	Sim	Gare oriente
M	67	M	Álcool	9	Não revela	Cardiologia	Sim	Gare oriente
JL	48	M	Álcool e Droga	15	Prob. Familiares	Gastro	Metadona	Beato
FP	56	M	Álcool e Droga	20	Prob. Familiares	Não	Metadona	Sta apolonia
JB	41	M	Álcool	20	Não revela	Não	Não	Av. Liberdade
JM	36	M	Álcool	3	Desemprego	Não	Não	Beato
PJ	39	M	Álcool	7	Prob. Familiares	Não	Metadona	Sta apolonia
LF	63	M		6	Prob. Familiares	Cardiologia	Sim	Sta apolonia
FG	48	F	Álcool	10	Prob. Familiares	Obesidade	Sim	Sta apolonia
AP	37	M	Álcool	8	Não revela	Não	Não	Beato

RESULTADOS QGS											
ITENS/NOME	L	M	JL	FP	JB	JM	PJ	LF	FG	AP	
Sintomas somáticos	1	2	3	2	1	2	1	1	1	2	1
	2	1	2	2	2	0	0	1	1	1	1
	3	1	3	3	1	1	2	2	1	1	0
	4	2	3	2	1	1	0	3	1	2	0
	5	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1
	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	7	0	1	3	0	0	0	0	1	1	0
<b>Total Parcial</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	
Ansiedade/insónia	8	2	2	3	1	2	2	2	1	1	
	9	1	1	2	2	3	2	2	2	1	
	10	1	2	3	0	3	1	2	2	2	
	11	1	1	2	1	2	1	2	2	1	
	12	1	1	1	0	2	1	0	2	3	0
	13	1	1	2	0	1	1	2	1	2	0
	14	2	1	3	2	2	1	2	1	2	1
<b>Total Parcial</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	
Disfunção social	15	0	1	1	1	1	3	2	1	1	0
	16	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	17	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
	18	1	2	3	1	2	1	1	0	1	1
	19	1	1	1	2	2	2	2	2	1	0
	20	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	21	1	1	3	2	3	1	2	1	1	0
<b>Total Parcial</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	
Depressão grave	22	1	1	3	0	0	2	2	2	1	
	23	1	1	2	1	2	2	2	1	2	0
	24	1	1	1	0	2	1	2	1	2	0
	25	2	3	2	1	3	0	3	2	1	1
	26	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1
	27	1	1	2	0	2	1	2	1	1	0
	28	2	2	2	0	2	0	3	1	1	1
<b>Total Parcial</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>39</b>	<b>58</b>	<b>22</b>	<b>41</b>	<b>28</b>	<b>45</b>	<b>31</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	

Escala likert (0-3 pontos) ; Sub escala (0-21 pontos); Total QSG -28 ( 0-84 pontos); Corte sintomático Vs corte não sintomático (39/40 pontos)



## ANEXO I – RESULTADOS OBTIDOS POR QSG -28

Gráfico 5: Sub grupo, “Sintomas Somáticos” do QSG – 28

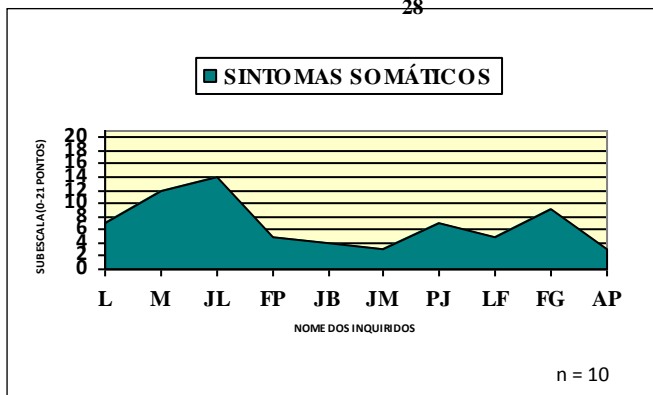


Gráfico 6: Sub grupo, “Ansiedade/Insónia” do QSG -28

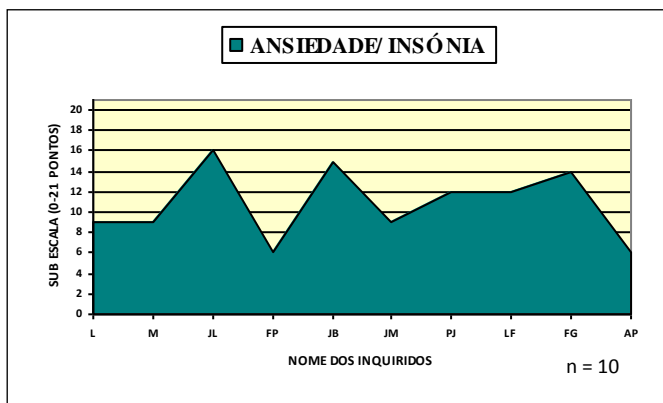


Gráfico 7: Sub grupo, “Disfunção Social” do QSG -28

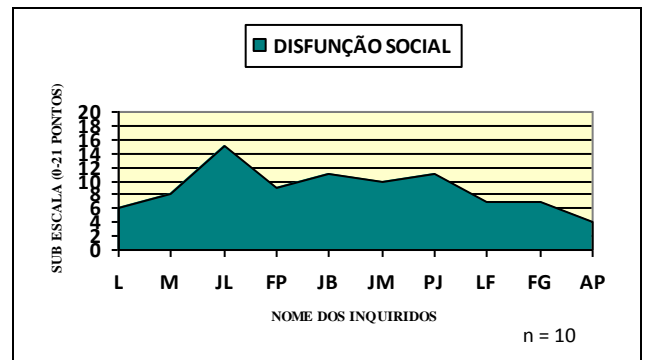
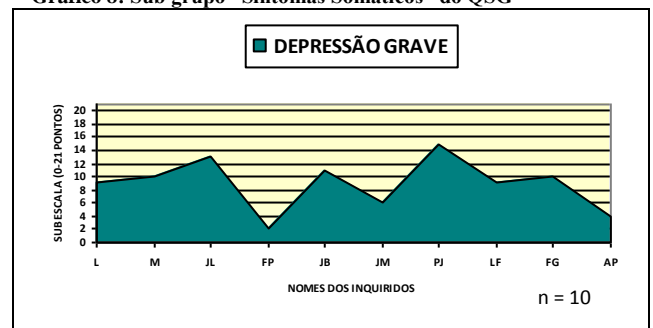


Gráfico 8: Sub grupo “Sintomas Somáticos” do QSG





## APÊNDICE C – GUIA DE ACOLHIMENTO – CPSM DO HPSJD



## CLÍNICA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL...

- ◆ Recebe doentes reclusos com doença psiquiátrica de todo o país.
- ◆ A equipa de profissionais é constituída por: administrativa, Auxiliares, Enfermeiros, Guardas Prisionais, Psicóloga, Psiquiatras, Técnicos Superiores de Reeducação, Terapeuta Ocupacional.

## A EQUIPA SAÚDE PRETENDE...

- ◆ Ajudá-lo a recuperar da situação de doença;
- ◆ Proporcionar um ambiente seguro e tranquilo.

**COLABORE CONNOSCO...  
...PARTICIPE NO SEU  
TRATAMENTO...**

## QUANDO FICA INTERNADO...

- ◆ O Srº Guarda faz a revista e guarda os seus objectos e roupa ( que serão devolvidos quando tiver alta).
- ◆ A Srª Auxiliar entrega-lhe pijama, fato de treino e toalha.
- ◆ O Srº Enfermeiro/a faz-lhe algumas perguntas que são importantes para o seu tratamento e avalia a tensão arterial e o peso.
- ◆ O Srº Enfermeiro/a acompanha-o à enfermaria onde irá ficar internado.

## É PROIBIDO...

- Fumar nas enfermarias
- Ter em sua posse objectos cortantes (laminas, corta unhas, tesouras...)

## HORÁRIOS...

- ◆ **Abertura das enfermarias:** às 7h;
- ◆ **Encerramento das enfermarias:** às 22h
- ◆ **Refeições:** Pequeno-almoço: 9h; Almoço: 13h; Lanche: 16h; Jantar: 17h30 e Ceia: 21h30.
- ◆ **Toma da Medicação:** após as refeições, na sala de trabalho de enfermagem;
- ◆ **Banhos e fornecimento de produtos de higiene:** todas as manhãs das 9h às 10h.
- ◆ **Mudança de roupa:** 3ª Fª das 9h às 10h e sempre que necessário.
- ◆ **Recreios: Sector masculino:** 10h às 11h e das 16h30 às 17h;
- ◆ **Sector feminino:** 9h às 10h e das 16h às 16h30.
- ◆ **Visitas:** 2ª Fª, 4ª Fª e sábados das 14h30 às 16h.
- ◆ **Biblioteca:** 2ª Fª a 6ª Fª
- ◆ **Bar:** todos os dias das 10h às 11h, das 16h30 às 17h, e durante as visitas.

## ACTIVIDADES NO SERVIÇO

- ◆ Sessão de Relaxamento: 3ª Fª das 11h às 12h.
- ◆ Grupo terapêutico: 4ª Fª das 11h às 12h.
- ◆ Jogo de futebol: 5ª Fª 10h às 11h;
- ◆ Tarde de cinema às 5ª Fª das 14h-16h.
- ◆ Reunião comunitária: às 6ª Fª das 11h às 12h.
- ◆ Grupo: “Palavras para o dizer” 6ª Fª das 14h às 15h.
- ◆ Outras actividades: jardinagem, pintura, barro, gesso, cartas, snooker, ping-pong...

## INFORMAÇÕES ÚTEIS...

No dia em que é internado pode pedir aos Serviço de Educação para fazer uma chamada para um familiar.

São permitidas três visitas por doente. Deve solicitar à Direcção do HPSJD a autorização para os seus familiares o poderem visitar.

As suas visitas podem apenas trazer água e fruta.

“Há sempre uma razão para viver.  
Podemos elevar-nos acima da nossa

ignorância,

Podemos olhar o nosso reflexo como o  
de criaturas

Feitas de perfeição, inteligência e  
talento.

Podemos ser livres!

Podemos aprender a voar!”

Richard Bach, 1993



Hospital Prisional São João de Deus  
Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental  
Estrada do Murganhal  
2760-085 Caxias

Tel. 214544740

Elaborado por Sara Ribeiro, no Curso de  
Mestrado em Enfermagem - Especialização em  
Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade  
Católica Portuguesa

HOSPITAL PRISIONAL

SÃO JOÃO DE DEUS



GUIA DE ACOLHIMENTO



CLÍNICA DE PSIQUIATRIA E  
SAÚDE MENTAL

JUNHO, 2010



## APÊNDICE D – GUIÃO DE ENTREVISTA INICIAL

## GUIÃO - ENTREVISTA INICIAL

<b>Dados Gerais</b>	Nome preferido		
	Estado civil	Solteiro	
		Casado	
		Viúvo	
		Divorciado	
	Nacionalidade	Portuguesa	
		Outra	
	Escolaridade	Analfabeto	
		1º ciclo	
		2º ciclo	
		3º ciclo	
		Secundário	
		Bacharelato	
		Licenciatura	
Mestrado			
Doutoramento			
Profissão/ocupação			
Tipo de habitação antes da detenção	Habitação própria		
	Habitação alugada		
	Habitação de familiares		
	Rua		
	Outra		
<b>Antecedentes pessoais</b>	Internamentos anteriores		
	Patologias		
	Hábitos	Tabágicos	
		Alcoólicos	
		Estupefacientes	
	Alergias alimentares e/ou medicamentosas		
	Ortoses	Ocular	
		Auditiva	
Medicação habitual			
Depôt	Ultima administração		
<b>Antecedentes familiares</b>			
<b>Ambiente familiar</b>	Pessoa de referencia	Nome	
		Afinidade	Pai/Mãe
			Conjuge/Companheiro(a)
			Filho/Filha
			Irmão/Irmã
			Tio/Tia
	Outra		
Agregado Familiar			
Coabitação			
<b>Situação prisional</b>	Preventivo		
	Condenado		
	Primário		
	Reincidente		



<b>Autocuidado</b>	Dependente		
	Independente		
	Ajuda parcial		
	Observações		
<b>Hábitos de eliminação</b>	Vesical e intestinal	Wc	
		Fralda/incontinência	
		Obstipação	
		Data da ultima dejecção	
<b>Hábitos de reparação</b>	Nº horas habituais de sono		
	Medidas adaptativas		
	Observações		
<b>Dados Clinicos</b>	Alteração da percepção	Auditivas	
		Visuais	
		Auditivas + visuais	
		Outras	
	Alteração do pensamento	Forma	
		Conteúdo	
	Insight – situação de doença actual	Sim	
		Não	
	Perspectiva do doente	O que sabe, pensa e sente	
		O que preocupa	
	Humor e emoções	Humor	
		Emoções	
	Alterações do comportamento	Idade aparente	Coincidente com a real
			Inferior á real
			Superior á real
		Actividade motora	Hipoactivo
			Hiperactivo
			Outra
		Atitude/Postura	Colaborante
			Não colaborante
			Hostil
			Desconfiada
	Sedutora		
	Outra		
	Olhar	Vago	
		Fixo	
		Evitante	
	Mímica		
	Discurso e linguagem	Mutismo	
		Coprolália	
		Verborreia	
		Neologismos	
Outro			
Orientação	Orientado		
	Desorientado		
Alterações da memória	recente		
	Retrógrada		
	Outra		
Apresentação			
Observação física	Integridade da pele e mucosas		
	Outras		



## APÊNDICE E – ENTREVISTA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - “JL”

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA**

# **ENTREVISTA Sr. “JL”**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

**CLÍNICA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL - HPSJD**

**Sara Ribeiro nº 192009126**

**Campus de Sintra, Junho de 2010**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE.....</b>	<b>3</b>
<b>HISTÓRIA DOENÇA ACTUAL .....</b>	<b>4</b>
<b>ENTREVISTA DIAGNÓSTICA .....</b>	<b>5</b>
<b>PREPARAÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>AVALIAÇÃO CLÍNICA .....</b>	<b>6</b>
<b>1ª FASE: DEFINIÇÃO DE PAPEIS E ESPAÇOS .....</b>	<b>6</b>
<b>2ª FASE – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA .....</b>	<b>6</b>
<b>Perspectiva do doente.....</b>	<b>6</b>
<b>Perspectiva do enfermeiro .....</b>	<b>7</b>
<b>EXAME FÍSICO SUMÁRIO .....</b>	<b>8</b>
<b>EXAME DO ESTADO MENTAL .....</b>	<b>9</b>
<b>ACTIVIDADES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>10</b>
<b>REFLEXÃO FINAL .....</b>	<b>13</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>14</b>
<b>ANEXO I – ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO .....</b>	<b>15</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho, de índole académica, é realizado no âmbito do ensino clínico teórico prático do Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a decorrer na Universidade Católica Portuguesa. O estágio a decorrer no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, do Hospital Prisional S. João de Deus é o caminho por mim escolhido para desenvolver e adquirir competências para intervir na crise do adulto com patologia mental. De acordo com STUART, LARAIA (2001) “assistência holística na enfermagem psiquiátrica exige que o enfermeiro complete uma avaliação do estado de saúde biológica, psicológica e sociocultural da pessoa. Estes dados serão a base para a formulação de diagnósticos de enfermagem e planeamento das intervenções a realizar.

Neste sentido pretendo realizar uma entrevista inicial com o SR. JL para aferir necessidades primeiro lugar o Conhecimento da Pessoa, com o histórico de saúde, história pessoal desde a gestação até á actualidade, exame físico sumário, avaliação mental e avaliação familiar. Depois, a identificação das necessidades em cuidados de saúde, intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados. Por último, uma pequena reflexão sobre os resultados obtidos.

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

- ▶ **Nome:** J.L
  
- ▶ **Idade/ Data de Nascimento:** 37 anos; 21/11/1972
  
- ▶ **Raça:** Branca
  
- ▶ **Sexo:** Masculino
  
- ▶ **Altura:** 173 cm
  
- ▶ **Peso:** 83 Kg
  
- ▶ **Nacionalidade:** Portuguesa

- ▶ **Naturalidade:** Lisboa
- ▶ **Estado Civil:** Solteiro.
- ▶ **Religião:** Católica
- ▶ **Escolaridade:** 4º ano (ensino básico)
- ▶ **Profissão:** Precárias e sazonais, a nível do operariado
- ▶ **Sistema de Saúde:** Serviço Nacional de Saúde (SNS)

### **HISTÓRIA DOENÇA ACTUAL**

O Sr. JL é proveniente de um Estabelecimento Prisional da área de Lisboa e está internado na Clínica de Psiquiatria por Síndrome Depressivo e Tentativa de Suicídio. O Sr. JL tem história de internamentos anteriores neste serviço pelo mesmo motivo. Anterior a estar detido diz nunca ter estado internado e desconhece alguma vez ter tomado terapêutica. Relata “ antes de vir para aqui sentia-me muito triste, não me apetecia comer nem fazer nada...só me apetecia fazer disparates a mim mesmo...já estou preso alguns anos e ainda me falta algum tempo...não está a ser nada fácil...”

À observação actual apresenta humor deprimido com fácies triste, discurso pobre e lentificado. Perguntado ao Sr. JL se tem conhecimento de ter alguma doença responde “ tenho HIV... não me portei lá muito bem quando era jovem, meti-me em coisas que não devia”. Sobre a patologia do HIV o doente detém conhecimentos. Sobre o motivo do internamente refere que “ sinto-me muito sozinho...não tenho dinheiro nem para cigarros... estou preso, longe da família...”. O Sr. JL relaciona a sintomatologia depressiva e a ideação suicida ao facto de estar privado da liberdade, da família, dos fracos recursos económicos que não lhe permitem adquirir bens que para ele considera essenciais. Perante o referido pelo SR. JL poder-se-á aferir que tem crítica para a situação de doença actual.

Terapêutica actual: Valproato de sódio 1000mg cronosferas; escitalopram 20mg; Lorazepan 2,5mg.

## ENTREVISTA DIAGNÓSTICA – 18/05/2010

### PREPARAÇÃO

Utilizei um guião para realizar a entrevista que serviu essencialmente para organizar as minhas ideias. Para que não houvesse uma quebra da relação estabelecida com o doente tive o cuidado de anotar apenas aspectos essenciais para que houvesse lugar preferencialmente para a interacção.

Utilizei o processo clínico como fonte de recolha de alguns dados pertinentes incluindo o motivo de internamento. O doente em questão está internado na clínica de psiquiatria do HPSJD desde 12/04/2010 com o diagnóstico médico de Síndrome Depressivo e Ideação Suicídio.

A data da entrevista foi previamente combinada para o dia 18 de Maio de 2010 às 11 horas.

O local seleccionado para a entrevista foi a sala de multiusos do serviço, por ser fora da área dita “prisional” (fora dos gradões), um espaço agradável com muita luminosidade. Foram tidas em conta as questões éticas como a confidencialidade e pedido ao doente a autorização da realização da entrevista bem como o seu seguimento, a recolha dos dados, consulta do processo clínico e o registo dos dados pertinentes a serem comunicados à equipa. Foi também explicado que esta entrevista e futuras seriam também um dos meus objectivos académicos para adquirir competências nesta área. O doente aceitou mostrando-se receptivo a colaborar.

Foi explicado ao Sr. JL que esta entrevista e seguintes era apenas um meio para o poder ajudar assim, comprometi-me dentro, das minhas possibilidades, e em conjunto com o ele, ajustarmos estratégias para ultrapassar ou recuperar este momento “menos bom” que esta vivenciar.

Quanto à segurança também foi salvaguardada, ainda que não haja história de agressividade a outrem o doente está num regime prisional pelo que informei o corpo da guarda prisional do serviço de que o doente estaria naquele local durante previsivelmente 45 min.

## AVALIAÇÃO CLÍNICA

### 1ª FASE: DEFINIÇÃO DE PAPEIS E ESPAÇOS

Antecipadamente preparei a o local da entrevista. No que respeita ao “*setting*” organizei a sala para que o doente se sentisse confortável. Coloquei as cadeiras a noventa graus para que o doente não ficasse numa posição de frente a frente comigo o que lhe poderia causar algum constrangimento e inibição comprometendo a entrevista.

Cerca das 11h o solicitei ao Sr. Guarda Prisional que permitisse que o SR. JL viesse ao meu encontro no local previamente estabelecido. Cumprimentei o SR. JL lembrei do meu nome e do objectivo do nosso encontro salvaguardando que, sempre que deseja-se poderíamos interromper ou até terminar.

### 2ª FASE – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

#### **Perspectiva do doente**

Nesta fase pretende-se saber o que o doente pensa, sabe e sente. Neste sentido, questionei o Sr. JL sobre se tinha conhecimento de ter alguma doença, respondeu “tenho HIV...portei-me mal quando era jovem, era só discotecas, muita bebida e outras coisas...”.

Sobre o motivo pelo qual está internado actualmente reconhece estar frágil, cansado, triste por estar afastado da família por estar detido já algum tempo “às vezes passa-me coisas pela cabeça que só me apetece é desaparecer...”. Questionei o Sr. JL se alguma vez se tentou matar? Respondeu “sim... tenho momentos que não me apetece viver, nessas alturas utilizo o lençol, o cinto do robe, ou o que estiver a jeito para por o fim”. Perante as respostas do doente é perceptível que existe uma ideação suicida mas não existe um plano estruturado, existe uma ideia ou intenção de se autoagredir.

Actualmente, o Sr. JL refere sentir-se melhor “aqui no hospital a tomar os comprimidos sinto-me muito melhor, estou mais distraído com actividades que fazemos uns com os outros e isto é mais sossegado...”(sic). Desta forma, posso aferir que o doente tem *insight* sobre a sua situação de doença e da necessidade de tratamento porque consegue perceber as mudanças patológicas e reconhecer que tal se deve ao motivo pelo qual está internado.

Acrescenta ainda que tem alguns amigos no HPSJD e interage socialmente nas actividades existentes contrariando o isolamento previligiando a socialização com os outros doentes durante o internamento.

### **Perspectiva do enfermeiro**

#### *História pessoal:*

O Sr. F tem 37 anos de idade, raça caucasiana, solteiro de nacionalidade portuguesa, frequentou a escola até ao 4º ano do ensino básico. A nível escolar, o seu aproveitamento não era bom por isso abandonou os estudos. Na entrevista foi perceptível um sentimento de incapacidade para atingir sucesso nas actividades escolares; desinvestimento nas tarefas escolares.

O Sr. JL não recorda internamentos anteriores à sua detenção nem de ter feito tratamentos.

Hábitos de consumos tabágicos, alcoólicos e estupefacientes. Consumia haxixe com os amigos desde os 13 anos (transmitiu que o último consumo foi há 4 meses). Começou a fumar, também, aos 13 anos e refere que em liberdade fumava habitualmente um maço de tabaco por dia. A ingestão de álcool iniciou-se aos 16 anos, afirmando que habitualmente se excedia quando ia para as discotecas e bares.

O HIV foi-lhe diagnosticado numas análises que terá realizado no EP encontrando-se desde então a fazer terapêutica. Contraindo o HIV por comportamentos de risco de cariz sexual “ quando bebia demais ía com qualquer mulher que me desse a volta...às vezes nunca mais as voltava a ver...nem sei como é que as coisas aconteciam”. Desconhece outras patologias e/ou alergias medicamentosas e/ou alimentares.

Nunca teve uma ocupação laboral específica remunerada “ por isso para sustentar vícios, noitadas comecei a vender droga e a roubar” (sic). O Sr. JL teve ocupações laborais ocasionais e precárias (“biscates” sic) e envergando pela criminalidade. Não tinha nenhuma namorada tendo parceiras ocasionais.

Nos internamentos e segundo informações do processo clínico do EP o doente tem alguma dificuldade na relação com os outros, “eles não me entendem e gozam comigo...da forma como eu falo” (sic). Aparentemente o Sr. JL estabelece facilmente

uma relação mas a forma de comunicar e expressar nem sempre é a mais eficaz tornando a interrelação fraca e por vezes conflituosa.

#### História familiar.

O Sr. JL. relata uma infância, segundo o próprio “complicada” (sic), pautada por conflitos familiares entre os progenitores (“ guerras entre os dois” sic) e má relação com estes e um pai como membro ausente da família.

Desconhece patologias familiares, “os meus pais faleceram já alguns anos por doença natural” (sic) Não houve estabelecimento de uma relação compensadora e satisfatória com os pais (pai membro ausente da família e conflitos entre os progenitores a que assistia); desenvolveu sentimentos de desconfiança, suspeita e medo relativamente aos outros e ao seu meio envolvente.

Recorda bastantes dificuldades económicas e que os pais discutiam muitas vezes por “falta de dinheiro... o meu pai bebia muito e gastava o dinheiro todo no vício” (sic). Viviam numa casa própria que herdaram dos familiares.

Tem duas irmãs que desconhece o paradeiro, teve sempre pouco contacto com as irmãs. Fora da esfera familiar directa menciona uma tia materna com quem mantém muito boa relação, de quem gosta muito e recebe visitas ocasionais.

Com a equipa multidisciplinar mantém uma relação, na sua generalidade boa, adequado ao contacto e com os restantes reclusos internados também.

#### EXAME FÍSICO SUMÁRIO

**Morfologia Corporal** - Apresenta coluna erecta. Estatura média de 1,83cm;. a idade aparente não corresponde à idade real, o doente tem um aspecto degradado aparentado ter mais idade. Ao nível do vestuário tem um cuidado razoável.

**Tegumentos:** Relativamente às características observadas da pele, esta encontra-se íntegra mas desidratada, aspecto descuidado. Não observei cicatrizes ou tatuagens, hematomas, feridas ou amputações.

**Cabeça:** A cabeça simétrica, alinhada verticalmente, com amplitude de movimentos. Rosto: Pele branca e íntegra, pilosidade reduzida e de cor preta. Cabelo preto, fino e

liso, sem lesões aparentes no couro cabeludo. O nariz simétrico, de tamanho normal sem secreções, sangramento ou deformação. Dentição incompleta, falta de várias peças dentárias. Orelhas simétricas sem lesões ou outras alterações a destacar. Não demonstrou nem problemas ao nível da acuidade auditiva nem secreções.

**Olhos:** Os olhos simétricos e de cor castanha. A acuidade visual parece ser normal, (pois é capaz de ler rótulos). Durante a entrevista manteve o contacto visual escasso, olhar expressivo.

**Tórax e abdómen:** Sem lesões e/ou cicatrizes.

**Membros superiores:** braços simétricos, o pulso radial e braquial são detectáveis. A pele apresentava-se com cicatrizes resultantes de anteriores automutilações. As mãos são de grande dimensão, com pele íntegra mas ligeiramente secas. As unhas verificam-se íntegras e limpas, com coloração amarela. Durante a entrevista foi visível alguma movimentação das mãos, entrelaçando-as.

**Membros inferiores:** Os membros inferiores simétricos.

**Região genital e anal:** Não tem problemas de incontinência vesical ou intestinal.

#### EXAME DO ESTADO MENTAL

Segundo Stuart e Laraia (2001), a avaliação do estado mental representa um “corte transversal” na vida psicológica da pessoa, sendo o somatório das observações e impressões do enfermeiro naquele momento. Pode servir de base para comparações futuras, acompanhando o progresso da pessoa ao longo do tempo.

**Atitude:** No início da entrevista a sua postura era tensa e as verbalizações pautadas por respostas simples, mas com o seu decorrer assumiu uma postura mais descontraída.

**Actividade:** lentificação psicomotora.

**Humor e emoções:** oscilações de humor, com predominância de períodos de depressivos (pior de manhã). A comunicação não-verbal esteve em concordância, sendo que o seu fácies oscilava entre alegre e triste, este último especialmente quando eram abordados assuntos relacionados com o passado retrógrado e recente.

**Discurso e Linguagem:** discurso lento e pobre, hipofónico. As palavras surgem em pouca quantidade e diversidade.

**Forma do pensamento:** não foram constatados delírios

**Fluxo do pensamento:** Pobreza do pensamento, as ideias surgem mas em pouca quantidade, lentamente e com pouca diversidade.

**Fluxo do pensamento:** Não foram apurados delírios, rituais e compulsões.

**Percepção:** Durante a entrevista não foram verificadas alterações da percepção nomeadamente, alucinações.

**Cognição:** orientado no tempo, espaço e pessoa. Memória sem alterações a curto e longo prazo. Apresenta alguma dificuldade em se concentrar durante a entrevista.

**Insight e Juízo Crítico:** Apresenta crítica para a sua situação actual, e compreende a necessidade de aderir ao tratamento.

## ACTIVIDADES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Seguidamente encontra-se o Plano de Cuidados realizado para o Sr.JL, com os diagnósticos de enfermagem elaborados e acordo com a CIPE, versão 1.0, e reflectindo as necessidades identificadas em matéria de saúde identificadas anteriormente.

<b>18/05/2010</b>	<b>FOCO:</b> Risco de auto-agressão/Ideação suicida
<b>Manifestado</b>	Humor depressivo; Sentimentos de desvalorização; Sentimentos de desesperança, isolamento.
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Gerir o ambiente físico/Promover ambiente seguro/Acolhimento/Manter, observação próxima;</li> <li>— Aumento da sensação de segurança física/Disponibilizar tempo para estar com o doente;</li> <li>— Estabelecer uma relação empática com o doente;</li> <li>— Encorajar a expressar os seus sentimentos e emoções, permitir que liberte a hostilidade e fúria manifesta.</li> <li>— Supervisionar a toma da terapêutica e das refeições. Evitar possibilidades de overdose e fugas à toma de medicação;</li> <li>— Estabelecer um contrato com o doente garantindo que este não terá um comportamento auto destrutivo durante um período de tempo específico;</li> <li>— Aplicar uma escala de avaliação do risco de suicídio</li> </ul>
<b>Resultados</b>	Que o doente não manifeste sinais de ideação suicida



<b>Esperados</b>	
<b>AVALIAÇÃO</b>	
<b>20/05/2010</b>	O Sr. JL verbalizou que “agora consigo perceber que essas ideias surgem quando estou mais em baixo...desde que a Sr <sup>a</sup> . Enfermeira me ouviu por uns instantes tudo pareceu menos escuro...”. O doente mantém a crítica para a sua situação de doença actual e reconhece a relação empática estabelecida. Foi ainda aplicada a escala de avaliação do risco de suicídio (Anexo I). Pude aferir que o doente tem um risco moderado de suicídio uma vez que apresenta história de tentativas suicídio no passado, é do sexo masculino, relações interpessoais são fracas (conflitos) acrescentando-se de uma perturbação depressiva eminente. A ideação suicida assim como a intenção estão presentes, mas ter um plano; demonstrando motivação para melhorar o seu estado emocional e psicológico. Foi ainda estabelecido um contrato com o doente, (este beneficiaria de um telefonema para a pessoa de referência, a tia) se durante a semana não cometesse nenhum acto auto destrutivo.
<b>03/06/2010</b>	Nesta sessão foi reforçada a disponibilidade para o ouvir encorajando-o a expressar os seus sentimentos e emoções. O doente cumpriu o contracto estabelecido, não cometeu nenhum acto autodestrutivo na última semana manifestando “sinto-me bem aqui, sei que se me sentir triste posso pedir para falar um bocadinho...”. Nesta sessão pude aferir que o Sr. JL apresentava um humor eutimico, menos lentificado mais seguro de si. Aplicada de novo a escala de risco de suicídio revela que o risco de suicídio é inexistente. Tal facto pode significar que o doente utiliza as tentativas de suicídio como uma forma de pedir ajuda, numa atitude de desespero e não com o intuito de morrer. A relação de ajuda estabelecida com o doente foi sem duvida uma intervenção eficaz para a melhoria do seu bem-estar psíquico cujo o resultado foi a inexistência de risco de suicídio.

<b>18/05/2010</b>	<b>FOCO:</b> Auto-Estima Diminuída (distúrbios do humor – síndrome depressivo)
<b>Manifestado</b>	Auto-cuidado negligenciado; Comportamento auto-destrutivo; Evita contacto visual na entrevista; Humor depressivo
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	— Oferecer reforço positivo – aumento da valorização pessoal; — Diminuir a ansiedade do internamento; — Apoiar emocionalmente; — Assistir no auto-cuidado; — Aumento da auto-estima.
<b>Resultados Esperados</b>	Verbalizar sentimentos positivos em relação a si; Exprima interesse no auto-cuidado.
<b>AVALIAÇÃO</b>	
<b>25/06/2010</b>	Foi feita ao Sr. JL psico-educação sobre os cuidados de higiene e a sua



	<p>importância para o bem-estar e prevenção de doenças. Neste dia o doente apresentava um aspecto mais cuidado, a roupa estava limpa, sendo o próprio a ter a iniciativa para os cuidados de higiene. Foi feito reforço positivo pelos sucessos alcançados que revelam melhoria da auto-estima. Foi ainda proporcionada uma consulta de estomatologia para tratamento dentário e prótese dentária à qual o doente manifestou bastante agrado “em voltar a ter dentes”(sic). Foi ainda perceptível o empenhamento do Sr. JL em melhorar não só o seu estado psicológico como também o aspecto físico.</p>
--	--

<b>18/05/2010</b>	<b>FOCO:</b> Pensamento alterado
<b>Manifestado</b>	Pobreza do pensamento, as ideias surgem mas em pouca quantidade, lentamente e com pouca diversidade.
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>— Demonstrar disponibilidade, empatia e respeito pelo problema;</li><li>— Facilitar e incentivar a expressão de sentimentos, durante as entrevistas;</li><li>— Fazer com que o Sr. JL identifique os seus comportamentos e atitudes que dificultem a sua comunicação com outro;</li><li>— Incentivar à participação em actividades desenvolvidas pelo serviço (reunião comunitária, grupo terapêutico; sessão de relaxamento).</li></ul>
<b>Resultados Esperados</b>	Que o doente comunique de forma compreensível e com ritmo adequado.

#### AVALIAÇÃO

<b>20/05/2010</b>	<p>O Sr. JL fala pouco, num tom hipofónico com fugindo por vezes ao contacto visual. Estabelecida uma relação empática, através do respeito e aceitação e clarificação o doente ao longo da entrevista foi explanando vários assuntos com maior confiança. Sugeri ao doente que falasse sobre uma actividade lúdica ou ocupacional que gostasse muito. Respondeu “gosto muito de jogar e ver futebol...quando estava na rua não perdia um jogo...via todos os campeonatos, nacionais, internacionais...”. Enquanto o doente falava sobre o tema “futebol” foi perceptível que existia uma boa fluidez no discurso o que pode significar que, a dificuldade está em expressar assuntos que lhe causam sofrimento e angústia. Foi então que sugeria a participar nas actividades realizadas no serviço inclusive ao jogo de futebol realizado semanalmente.</p>
<b>28/05/2010</b>	<p>Nesta sessão o Sr. JL mantém alguma dificuldade iniciar a verbalização dos seus sentimentos e emoções. No entanto estabelece o contacto visual, verbaliza com agrado que participou no jogo de futebol e nas actividades. Durante este período, desde 20/05/2010 o doente estabeleceu algumas relações com outro doentes o que o terá beneficiado no sentido de adquirir mais confiança o que terá proporcionado ao doente compreender alguns aspectos que dificultavam a sua comunicação como por exemplo o isolamento.</p>

### ULTIMA SESSÃO – 14/06/2010

Esta foi a última sessão com o Sr. JL por necessidade de gestão de vagas o doente foi transferido para outro serviço. Esta sessão serviu essencialmente para o doente avaliar os seus progressos, aspectos positivos e negativos. Na perspectiva do doente o trabalho realizado nas sessões contribuíram para se conhecer melhor o que se repercutiu num melhor bem estar psíquico, físico e inter-relacional. Questionei o doente sobre se tinha intenção de se matar actualmente? Respondeu “Não”. Na minha perspectiva, como enfermeira considero que o Sr. JL teve uma evolução muito positiva. As intervenções de enfermagem como a relação de ajuda, a possibilidade de partilhar emoções, a procura conjunta de estratégias para resolução ou redução do problema (participação nas actividades) são intrínsecos ao cuidar em enfermagem. Durante as intervenções é imprescindível fazer reforços positivos, realçar e congratular o doente dos progressos obtidos ainda que mínimos são de extrema importância para aumentar a auto estima e a confiança do doente com patologia mental.

### REFLEXÃO FINAL

A realização destas entrevistas com o Sr. JL foram uma mais-valia a nível pessoal na medida que me proporcionou a aquisição de alguns conhecimentos e desenvolvimento de estratégias de intervenção e de competências para a prestação de cuidados ao doente com patologia Mental.

A cada entrevista que realizei pude constatar o quão de importante é a Relação de Ajuda e Comunicação Terapêutica que se estabelece com o doente, são sem duvida os pilares para uma intervenção terapêutica eficaz a um doente com patologia mental neste caso concreto com Depressão e Ideação Suicida.

Assim, utilizando uma grelha de Avaliação da Satisfação do Cliente Sobre os Cuidados Psicológicos preconizada pela NOC (2008, p. 576) constatei que o Sr. JL na soma dos 14<sup>1</sup> dos 16 itens da escala demonstraram que o doente se encontrava muito satisfeito “em relação há assistências de enfermagem para... desempenhar actividades mentais e emocionais independentes...” NOC (2008, p. 576).

---

<sup>1</sup>Foram avaliados apenas 14 dos 16 itens da Escala de Satisfação do Cliente: Cuidado Psicológico por considerar que 2 dos itens não se aplicam no contexto prisional, a referir:” Assistência em identificação de grupos de apoio para a família” - o acesso à família é muito difícil por questões de segurança e normas da instituição. “Discussão de estratégias para enfrentamento de dificuldades mentais/emocionais após a alta” – não se aplica porque o recluso após a alta clínica é removido para o EP obrigado a regimes próprios e não é informado previamente da alta.

O facto de as entrevistas serem realizadas num contexto prisional limita por si o acesso à pessoa, o cumprimento de regras que não podem ser ignoradas e articulação com os elementos de vigilância prisional, o que impossibilitou explorar as relações familiares e o envolvimento dos mesmos na situação de doença actual do doente. O contexto prisional mais que noutro contexto exige ao enfermeiro reflectir sobre a aceitação da diferença, tolerância e respeito pelo percurso de vida das pessoas, que muitas vezes não é tão linear e passível de condenação, como à primeira impressão se assemelha.

## **REFERÊNCIAS**

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0, Geneva, 2005; ISBN: 92-95040-36-8

MOORHEAD, S. et al, Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Artmed Editora SA, 3ª Edição, São Paulo, 2008 (p. 556).

NEEB, Kathy – Fundamentos de enfermagem de saúde mental. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-14-2.

STUART, Gail; LARAIA Michele- Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6ª Edição. Porto Alegre, 2001. ISBN: 0-8151-2603-4.

## ANEXO I – ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

<b>RISCO DE SUICÍDIO</b>	
<b>1</b>	Essencialmente, nenhum risco de se fazer mal.
<b>2</b>	A ideação suicida é limitada, não há nenhum plano ou preparação definidos se auto agredir, e há poucos factores de risco conhecidos. A intenção de cometer suicídio não é clara, mas a ideação suicida está presente; o doente não tem um plano concreto e não tentou suicidar-se no passado.
<b>3</b>	São evidentes planos definidos e preparação, com visível ideação suicida, há possivelmente história de tentativas anteriores e existem pelo menos dois factores de risco adicionais ou, mais do que um factor de risco para o suicídio está presente. A ideação suicida assim como a intenção estão presentes, mas é negado que haja um plano claro; o indivíduo está motivado para melhorar o seu estado emocional e psicológico actual se houver ocasião para tal.
<b>4</b>	Os planos e a preparação para se infligir mal foram claramente definidos ou a pessoa é reconhecida como alguém que já tentou múltiplas vezes o suicídio com dois ou mais factores de risco. A ideação e a intenção suicida são verbalizadas em conjunto com um plano bem estudado e com os meios de o levar a cabo. Este indivíduo demonstra inflexibilidade cognitiva e desesperança quanto ao futuro e nega o apoio social disponível; houve tentativas de suicídio anteriores.
<b>5</b>	Um indivíduo que tentou o suicídio múltiplas vezes com diversos factores de risco significativos. Atenção e acção imediata são imprescindíveis.
<b>RISCO DE SUICÍDIO: 1 = Inexistente; 2= Leve; 3= Moderado; 4=Severo; 5=Extremo.</b>	

Escala da risco de suicídio (adaptada), OMS *IN* Prevenção do Suicídio um recurso para Conselheiros (Genebra 2006)



## APÊNDICE F – ENTREVISTA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - “F”

# **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA**

## **ENTREVISTA Sr. “F”**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

**CLÍNICA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL – HPSJD**

**Sara Ribeiro, nº 192009126**

**Campus de Sintra, Junho de 2010**

## INDICE

<b>DADOS BIOGRÁFICOS.....</b>	<b>3</b>
<b>2.HISTÓRIA DOENÇA ACTUAL .....</b>	<b>3</b>
<b>3.ENTREVISTA DIAGNÓSTICA – 18/05/2010 .....</b>	<b>4</b>
<b>4.AVALIAÇÃO CLÍNICA .....</b>	<b>5</b>
4.1. 1ª FASE: DEFINIÇÃO DE PAPEIS E ESPAÇOS .....	5
4.2. 2ª FASE – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA .....	5
4.2.1. Perspectiva do doente .....	5
4.2.2. Perspectiva do enfermeiro .....	6
4.2.3. 3ª Fase: avaliação diagnóstica .....	11
4.2.4. 4ª Fase – avaliação diagnóstica .....	11
<b>5..... ANÁLISE DE DADOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE 1.0.....</b>	<b>12</b>
<b>6.INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>15</b>
6.1. DIA 24/05/2010 .....	15
6.2. DIA 31/05/2010 .....	16
6.3. DIA 07/06/2010 .....	18
6.4. DIA 15/06/2010 .....	19
<b>7.REFLEXÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS I - TESTE DO DESENHO COMO INSTRUMENTO - Interpretação dos desenhos segundo Campos (2002, p. 20 -55).....</b>	<b>23</b>

## 1. DADOS BIOGRÁFICOS

Identificação: F.J.M.G

Nome preferido: F

Data de Nascimento: 27/09/1989

Estado Civil: Solteiro

Nacionalidade: Portuguesa

Escolaridade: 1º ciclo

Situação profissional: Desempregado

Profissão/Ocupação: Não tem

## 2. HISTÓRIA DOENÇA ACTUAL

O doente está internado por uma Esquizofrenia e consumos de substâncias. Actualmente está detido. A sua situação prisional ainda não está definida encontra-se a aguardar julgamento em prisão preventiva. O Sr. F não tinha emprego nem nunca teve uma ocupação remunerada. Antes da detenção vivia numa casa alugada, desde à cerca de 6 meses que estava sozinho, a mãe terá saído de casa para ir viver com o padrasto. Tem internamentos anteriores em Psiquiatria.

Actualmente encontra-se com humor deprimido, pouco comunicativo, reservado, isolando-se dos restantes doentes, conta que antes de ser detido “ apenas saia para ir buscar comer a casa de uma Sr.” (sic) permanecia o restante tempo em casa a “dormir”. Refere que sentir-se muito sozinho, “os meus amigos abandonaram-me ... e a minha família andam todos zangados uns com os outros ...e desde que estou no hospital nunca tive visitas” (sic). Quando questionado se sofre de alguma doença responde “ tenho HIV e disseram-me que tinha uma daquelas doenças mentais”(sic), revelando um *déficit* acentuado do *insight* referente à sua situação de doença física e mental.

### 3. ENTREVISTA DIAGNÓSTICA – 18/05/2010

#### PREPARAÇÃO

Para orientar a minha entrevista com o doente utilizei um guião com as diferentes etapas a percorrer para não descurar nenhum detalhe e organizar as minhas ideias. No decorrer da entrevista fui recolhendo alguns dados e transcrevi-os para uma folha, tendo sempre em conta a importância da interacção com o doente tive o cuidado de o fazer de forma resumida para que tal não fosse uma barreira na relação.

Utilizei o processo clínico como fonte de recolha de alguns dados pertinentes incluindo o motivo de internamento. O doente em questão está internado na clínica de psiquiatria do HPSJD desde 12/04/2010 com o diagnóstico médico de Síndrome esquizofrénico em doente consumidor de substâncias (haxixe).

A data da entrevista foi previamente combinada para o dia 18 de Maio de 2010 às 11 horas para não interferir com o horário do recreio (10h-11h) e não interferir na dinâmica do serviço nomeadamente com a observação médico.

O local seleccionado para a entrevista foi a sala de multiusos do serviço, por ser fora da área dita “prisional” (fora dos gradões), um espaço agradável, com muita luminosidade em que as janelas têm a particularidade de não serem gradeadas ao contrario das existentes em todo o serviço permitindo quanto a mim que o doente sinta mais liberto e à vontade facilitando assim a interacção.

Foram tidas em conta as questões éticas como a confidencialidade e pedido ao doente a autorização da realização da entrevista bem como o seu seguimento, a recolha dos dados, consulta do processo clínico e o registo dos dados pertinentes a serem comunicados à equipa. O doente aceitou mostrando-se receptivo a colaborar. Neste momento, foi reforçado o objectivo principal da entrevista, em ajudá-lo a ultrapassar o momento de crise em que se encontra. Foi também explicado que esta entrevista e futuras seriam também um dos meus objectivos académicos para adquirir competências nesta área. O seu anonimato e da instituição e o sigilo profissional salvaguardado qualquer questão ética foram garantidos ao doente que aceitou realizar comigo esta caminhada. Outra questão a ser salvaguardada foi a segurança, como já referi o Sr. F é doente mas também recluso, assim foi também comunicado ao serviço de vigilância que o doente durante algum tempo ficaria naquele local na minha companhia.

## 4. AVALIAÇÃO CLÍNICA

### 4.1. 1ª FASE: DEFINIÇÃO DE PAPEIS E ESPAÇOS

Cerca das 11h o doente regressara ao serviço, de onde é permitido sair durante uma hora para o recreio. O recreio decorre no exterior do serviço mas dentro do recinto da instituição sob vigilância dos guardas prisionais.

Como combinado previamente chamei o Sr. F, cumprimentei-o e lembrei-o do meu nome. Expliquei o objectivo da entrevista e de que sempre que deseja-se poderíamos interromper ou até terminar.

No que respeita ao “*setting*” organizei a sala para que o doente se sentisse confortável. Posicionei as cadeiras de forma a permitir estabelecer o contacto visual mas a noventa graus para que o doente não ficasse numa posição de frente a frente comigo o que lhe poderia causar algum constrangimento e inibição comprometendo a entrevista.

### 4.2. 2ª FASE – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

#### 4.2.1. Perspectiva do doente

Nesta fase pretende-se saber o que o doente pensa, sabe e sente. Neste sentido, questionei o Sr. F sobre se tinha conhecimento de ter alguma doença ao qual me respondeu “tenho HIV”. De seguida perguntei qual tinha sido o motivo de ter ficado internado ao qual respondeu “ não me sinto bem mas não sei o nome da minha doença, acho que é alguma coisa parecido com mental...” Segundo o Sr. F foram-lhe prescritas “injecções de 3 em 3 semanas ... mas eu não as ía fazer”. (sic).

Acrescentou ainda que “antes de vir preso passava os dias em casa a dormir só saía para ir buscar comer a casa de uma vizinha...sentia-me muito cansaço, não me apetecia fazer nada e não sei porquê ” (sic). Refere ainda sentir-se abandonado, a minha namorada deixou-me, “ Eu tinha uma namorada que me deixou...disse-me que ia de férias com um primo...mais tarde descobri que esse rapaz era namorado dela...”. São evidentes sentimentos de sofrimento por não ter contacto com a família “ eles também me abandonaram, desde que estou preso que não me visitam...”. (sic)

Actualmente, está preocupado com o facto de seropositivo e com o facto de ter dificuldade em dormir. Apresenta comportamento hipocondríaco manifestando com frequência queixas álgicas por vezes inespecíficas. Sente-se bem no serviço e aceita a

terapêutica instituída. Está patente a revolta de estar detido “sem saber porquê” (sic).  
Nega alucinações.

#### **4.2.2. Perspectiva do enfermeiro**

##### História pessoal:

O Sr. F tem 20 anos de idade, raça caucasiana, solteiro de nacionalidade portuguesa, frequentou a escola até ao 1º ciclo ensino básico.

O Sr. F recorda que quando tinha 16 anos numa noite foi à praia “ via sombras a mexer-se assobios mas não conseguia ver ninguém”. Quanto ao primeiro internamento ocorreu há cerca de um ano e meio tendo ficado internado três meses num serviço de psiquiatria. Após a alta foi-lhe instituída terapêutica incluindo terapêutica *Depôt* que não cumpriu. No segundo internamento, menos longo, foi-lhe diagnosticado HIV com VDRL também positivo. Sobre com contraiu o HIV o doente relata “tive uma relação sexual com uma mulher mais velha...não me lembro como aconteceu, no outro dia não tinha o preservativo!” Em ambos os internamentos a diagnóstico à entrada foi esquizofrenia.

Desconhece outras patologias e alergias medicamentosas e/ou alimentares. Tem hábitos tabágicos marcados (cerca de 30 cigarros/dia) e antecedentes de consumos de substâncias (haxixe desde os 17 anos), nega hábitos alcoólicos. Não tem próteses ou ortoses.

##### História familiar.

O Sr. F muito precocemente esteve em contacto com o mundo da reclusão, até aos três anos de idade viveu com a mãe numa prisão, a mãe esteve detida. Conta também que, o pai estivera preso por condução ilegal “ mas era um bom homem, honesto...” (sic). Depois da saída dos pais da prisão viveu com ambos os em situação social deficitária. Aos 8 anos e com o falecimento do pai por neoplasia do pulmão o doente é internado numa instituição de solidariedade para posteriormente ser encaminhado para uma família de acolhimento, situação esta que não teve continuidade. Quando fala da morte do pai é notável algum angústia e mágoa do Sr. F, “ sofri muito com a morte do meu pai” (sic).

No percurso escolar teve significativas dificuldades de aprendizagem tendo concluído o 4º ano do ensino básico. Mais tarde frequentou um curso de mecânica na vertente profissional mas que abandonou precocemente. História de consumos de substâncias.

Desde há 7 meses que vivia sozinho, a mãe saiu de casa para ir viver com o padrasto. A mãe aufero o rendimento mínimo. Descreve a relação da mãe como boa relação. O Sr. F tem 4 irmãos, um mais novo com 17 anos que se encontra numa instituição (colégio interno) por determinação do juiz porque o “meu irmão só fazia disparates ... tirava o carro à minha irmã e fugia” (sic). O outro irmão de 25 anos, trabalha na construção civil, é casado e tem dois filhos que estão a estudar. A irmã de 27 anos trabalhou num café mas actualmente está desempregada. A irmã mais velha tem 32 anos e tem 3 filhos, 2 de um relacionamento anterior e um do actual, pais diferentes, estando estes a cargo das avós paternos por decisão judicial. O Sr. F refere-se a um dos cunhados, o marido da irmã mais velha, como causador de mau ambiente e conflitos entre os membros da família, agressivo para com a sua irmã e ao qual também o culpa por ter entrado no mundo da droga uma vez que este é toxicodependente. Exceptuando com este último tem uma boa relação com os irmãos, cunhados e sobrinhos no entanto reconhece que ultimamente houve um grande afastamento e perda de contacto entre os membros.

Em 15/06/2009 o Sr. F foi feita tentativa de integração num projecto terapêutico na instituição Val de Acor, com o intuito de adquirir competências sociais, na qual permaneceu 2 dias depois fugiu. Tendo sido depois internado num departamento psiquiátrico por descompensação, deficit de controlo de impulsos e suporte familiar deficitário. Após este internamento e na continuidade do consumo de substâncias foi encaminhado para um Centro Atendimento a Toxicodependentes a 16/07/2009.

Em é detido, acusado de roubos e agressão da integridade física de forma violenta. Quanto ao motivo da detenção demonstra alguma revolta o Sr. F diz-se injustiçado “ foi uma tramóia, roubaram-me os documentos e depois faziam assaltos e batiam nas pessoas para me culparem...” (sic)

Tendo por base o anteriormente citado, posso aferir que o Sr. F tem pouco insight sobre a sua situação de doença, pelo que não tem a noção da necessidade de tratamento. É também visível alguma disfuncionalidade social/ ocupacional manifestada por isolamento social e frequentes abandonos de projectos terapêuticos. Insight reduzido

## ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

**Apresentação e postura<sup>4</sup>** - No que respeita à apresentação e postura, características das quais foram minha preocupação desde o primeiro contacto com o doente. Estes têm um carácter voluntário e repetitivo, reflecte os cuidados pessoais e a postura. Representam uma parte do mundo em que o doente habita, indicadores da classe social a que pertencem, hábitos de vida, tradição familiar e cultural. Na observação importa também estar atento às dissonâncias e ao seu significado, uma vez que podem ser alvo de modificação pelo doente. Quanto ao aspecto o doente apresenta uma higiene cuidada, bom estado geral.

No que se refere à postura, numa primeira abordagem, é de sublinhar que o doente pode adoptar uma postura retraída consequência do próprio tomar consciência das expectativas que os outros (familiares, técnicos...) têm sobre si. Se encarar os outros como dominadores e a si como dominado pode considera-la como uma ameaça traduzindo-se numa postura retraída.

O Sr. F apresenta uma postura encurvada, ombros retraídos e um olhar evitante, parecendo adoptar uma postura retraída e defensiva e uma atitude de desconfiança. No decorrer da entrevista foi notável a alteração da sua postura à medida que foi adquirindo maior à vontade e confiança em mim apercebendo-se que eu estava ali para o escutar, aceitar tal qual é sem o julgar. Assim, o doente foi expressando os seus sentimentos, emoções, revoltas e preocupações e postura passou a ser mais erecta e o contacto visual direccionado foi por vezes conseguido.

Segundo Abreu 2006, no que se refere ao vestuário e ao arranjo pessoal este são uma representação que pode ser difícil/morosa porque é mais fácil alterar o estilo de vestir do que os hábitos de higiene. Devido às normas vigentes na instituição, o Sr. F. usa apenas a roupa fornecida pelo serviço, no entanto são usa-a de forma organizada. Não usa adornos. O cabelo é castanho, curto e cuidado. Pele e mucosas coradas e hidratadas, dentes ligeiramente amarelados, unhas curtas e limpas.

---

<sup>4</sup> ABREU, P.(2006, P. 51-53)

**Morfologia Corporal** - Apresenta coluna erecta. Estatura média de 1,60cm; constituição do organismo adequada sem evidência de atrofia muscular; simetria corporal e olhos simétricos. Não observei cicatrizes ou tatuagens, hematomas, feridas ou amputações.

**Olhos** - Segundo Abreu (2006, p. 56) “ os movimentos dos olhos – os espelhos da alma, são movimentos mais significativos da expressão”. Os olhos do Sr. F. faziam movimentos lentos e pestanas semi-cerradas, olhar com brilho. Quando questionei o Sr. F sobre a família foi notável uma maior abertura das pálpebras, com lubrificação ocular e pequenos movimentos oculares a acompanharem o discurso parecendo transmitir o quanto estava em sofrimento, relata “ a família e os meus amigos abandonaram-me” (sic).

**Os ritmos** - Inicialmente o tom de voz do Sr. F era baixo gradualmente passou a ser mais audível e firme. Responde às perguntas e fala espontaneamente. O ritmo respiratório aparentemente compatível com eupneia.

**Harmonia dos movimentos do corpo** - Existiu uma harmonia dos movimentos corporais. O fâcies mais expressivo quando abordados assuntos sobre o motivo da reclusão e a família, fâcies marcada tristeza. Verifiquei também que as mãos sobre estiveram grande parte da entrevista entrelaçadas sobre a mesa.

**Contacto e linguagem** - Segundo Abreu (2006) é importante perceber o significado comunicativo das produções acústicas, visuais ou tácteis, incluindo as palavras, as verbalizações, posturas, os gestos e o olhar. Há que apreciar a própria atitude de predisposição à comunicação, ou seja, o contacto, o jogo de olhares pode ser mais importante que as palavras.

Segundo Phaneuf (2005) “a empatia é comparada como meio de expressão e de compreensão do enfermeiro”. Uma relação empática implica: servir de eco (doente ao ser escutado, sente-se aceite e consegue escutar-se a si próprio); compreender a pessoa cuidada do interior; manifestar o seu interesse pela pessoa ajudada e o seu empenhamento a seu respeito; dá-se valor ao doente, através da percepção que o enfermeiro tem. Phaneuf (2005, p.351)

No decorrer da entrevista estabeleci uma postura empática com o doente no sentido de compreender os seus sentimentos e emoções e história de vida. Desta forma empática

consegui que ao longo da entrevista este se sentisse mais descontraído e colaborante, respondendo às questões que lhe coloquei e senti da parte do doente que confiava em mim e que se estava a sentir mais confortável em conversar comigo. Discurso organizado fluido e organizado.

**Memória:** Sem evidências de perturbação da memória, a curto médio e a longo prazo.

**Impulsos e a vontade:** Manifesta comportamento adequado sem automatismo e/ou comportamentos involuntários.

**Humor e afectos** Fácies expressivo, humor ligeiramente deprimido e alguma ansiedade. Os afectos estavam adequados e em harmonia com as ideias. Notável alguma carência no que se refere ao afectos familiares.

## **ALTERAÇÃO DO PENSAMENTO**

**Conteúdo do pensamento:** O doente apresenta ideias delirantes, delírios persecutórios e hipocondríacos. Apresenta sintomatologia obsessiva, frequentemente o doente manifesta sintomas de doenças, “ sinto que tenho febre...estou com as minhas mãos frias...a cabeça dói...sinto dor nas costas...” (sic)

**Forma do pensamento:** preservada

**Fluxo do pensamento:** O Sr. F apresenta bloqueio de pensamento, durante a entrevista verbalizou “ tenho a sensação que a minha cabeça fica vazia por alguns momentos”.

## **ALTERAÇÃO DA PERCEÇÃO**

Durante a entrevista não foram verificadas alterações da percepção nomeadamente, alucinações.

## **ALTERAÇÕES DO EU E INSIGHT**

Estado de consciência – Clareza e orientação – o doente mantém clareza da consciência, vigil, orientado auto e alopsiquicamente. A consciência de si, do corpo e a identidade do eu estão preservadas. Quando perguntei ao Sr. F - apercebe-se que as outras pessoas notaram algo de diferente em si nos últimos tempos? Responde “sim, os meus amigos começaram-se a afastar de mim mas, não si porquê!” (sic). Assim, pude aferir que o

doente tem noção de que algo anormal se passa mas não associa à sua doença mental o que se traduz por pouco *insight* sobre a sua doença mental, o que pode justificar a má adesão aos tratamentos.

## **EFEITO DOS COMPORTAMENTOS E SINTOMAS**

O Sr F. cumpriu o 4º ano de ensino básico antes da sintomatologia da doença aparecer. Disfuncionalidade social/ocupacional manifestado por abandono de projectos terapêutico e isolamento social. Nunca teve um emprego remunerado. Considera a relação com os familiares como sendo boa no entanto reconhecem que actualmente houve um grande afastamento motivado por conflitos relacionais. Refere alguma desmotivação a realizar actividades, anedonia.

## **ENCERRAMENTO DA ENTREVISTA**

Foi reforçada a confidencialidade e a intencionalidade única de o ajudar. Marcamos uma nova entrevista para o dia 26 às 11 horas. Expliquei ao doente que voltaríamos a falar sobre alguns assuntos já abordado. Aproveitei para perguntar de que gostaria de falar ou esclarecer num próximo encontro ao qual respondeu “ gostava de ser esclarecido sobre porquê é que me acontecem estas coisas e os motivos pelos quais os meus amigos se foram afastando de mim!”. Expliquei a Sr. F que na próxima entrevista falaríamos sobre esse assunto no sentido de ele perceber o que sobre o que se está a passar com ele, bem como encontrar em conjunto estratégias que o pudessem ajudar.

### **4.2.3. 3ª Fase: avaliação diagnóstica**

Expliquei uma vez mais ao doente que, os dados recolhidos seriam mantidos confidenciais. Foi ainda realçado que, as alterações que poderão beneficiar de intervenção para a continuidade dos cuidados e tratamento seriam comunicados à equipa para em conjunto podermos ajudar. O doente mostrou-se disponível em colaborar no que fosse necessário.

### **4.2.4. 4ª Fase – avaliação diagnóstica**

#### **ANÁLISE DA INTERACÇÃO**

Julgo que a entrevista foi bem conduzida, a minha interacção com o doente teve por base uma relação empática e de respeito tendo-se verificado que á medida que a

entrevista decorria o doente ficou mais confiante, mais à vontade e motivado. Consequentemente mais receptivo a ser ajudado.

## 5. ANÁLISE DE DADOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

### SEGUNDO CIPE 1.0

O doente com pouca crítica para a sua doença mental, não reconhece os sinais e sintomas embora actualmente aceite fazer a terapêutica. Reconhece o empenhamento de toda a equipa em o querer ajudar.

Tendo em linha de conta o preconizado na CIPE 1.0 (2005, p.96) **conhecimento sobre a saúde** significa um *status* de conhecimento com características específicas: estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e de serviços de saúde disponíveis, capacidade de conhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com as pessoas que são mais importantes para o doente. Atendendo à história e ao relato do doente, pode-se aferir que o doente tem conhecimento sobre saúde diminuído. A nível familiar não é possível avaliar os conhecimentos sobre a doença do Sr. F uma vez que existem algumas barreiras, uma das quais por esta ser uma instituição prisional que implica toda uma logística própria por questões de segurança o que dificulta a presença da família no serviço por outro lado, e apesar de já terem sido feitas várias tentativas de contacto telefónico com família, até data foram sem sucesso. O doente não teve visitas desde que está internado no serviço.

De seguida apresento em forma de tabelas a etiologia, sintomatologia e respectivas intervenções de enfermagem para cada foco identificado:

Conhecimento sobre saúde diminuído	
<b>Etiologia</b>	Dificuldade em perceber os sinais de alerta da doença
<b>Sintomatologia</b>	Incapacidade de identificar os sinais e sintoma da doença, não adesão à terapêutica.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avaliar o actual nível de conhecimento do doente relacionado com o processo de doença específico;</li> <li>○ Ensino sobre os sinais e sintomas comuns e o processo de doença;</li> <li>○ Utilização da técnica de cartões (reestruturação cognitiva)</li> <li>○ Reforçar as informações oferecidas por outros membros da equipa de cuidados de saúde.</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	Que o doente seja capaz de identificar alguns dos sinais e sintomas da doença.

Socialização diminuída	
<b>Etiologia</b>	Dificuldade em confiar, pensamento delirante, ego imaturo, comportamentos imaturos para o seu estadió de desenvolvimento e idade.
<b>Sintomatologia</b>	Desconfiança, isolamento, comportamentos de risco (consumo de substâncias e relações sexuais desprotegidas).
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promover actividades em grupo;</li> <li>○ Ensinar o indivíduo - Aumento de competências sociais;</li> <li>○ Promover relação de ajuda (estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos) – Estabelecer uma relação terapêutica com o doente com dificuldade para interagir com os outros;</li> <li>○ Promover o comportamento sexual adequado;</li> <li>○ Tratar consumos de substâncias.</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar a socialização.

Auto-estima diminuída	
<b>Etiologia</b>	Falta de feedback positivo; Expectativas irrealistas e negativistas.
<b>Sintomatologia</b>	Isolamento, evita contacto visual na entrevista; humor depressivo
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oferecer reforço positivo – aumento da valorização pessoal;</li> <li>○ Gerir sentimentos de fúria – Agressividade voltada para si próprio;</li> <li>○ Diminuir a ansiedade do internamento;</li> <li>○ Apoiar emocionalmente;</li> <li>○ Assistir no auto-cuidado;</li> <li>○ Aumento da auto-estima.</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	Verbalizar sentimentos positivos em relação a si; Exprima interesse no auto-cuidado.

Coping não eficaz	
<b>Etiologia:</b>	Dificuldade em confiar, vulnerabilidade pessoal, ego imaturo, sistema familiar disfuncional, ansiedade.
<b>Sintomatologia</b>	Alteração na participação social (desrespeito pelas regras sociais privação da liberdade), ansiedade, desconfiança dos outros, abuso de substâncias como mecanismo de defesa.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usar uma abordagem calma e segura, propiciar uma atmosfera de aceitação;</li> <li>○ Aconselhar (atitude de aceitação, auto-consciencilização, reforço positivo);</li> <li>○ Promover <i>coping</i><sup>5</sup> eficaz auxílio ao doente no sentido de se adaptar a agentes de ansiedade, a mudanças ou ameaças percebidas que interferem na satisfação das necessidades e desempenho dos papéis de vida</li> <li>○ Diminuir a ansiedade - orientar o doente sobre o uso de técnicas de controlo da ansiedade – técnicas de relaxamento.</li> <li>○ .Técnicas e mecanismo de mudanças<sup>7</sup> (Psicoterapia psicodinâmica).</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	Que o doente mostre saber quais os comportamentos não aceitáveis, sendo capaz de adiar a satisfação dos seus desejos quando necessário.

Pensamento alterado	
<b>Etiologia</b>	Incapacidade de confiar, ameaça de um ego já por si frágil.
<b>Sintomatologia</b>	Pensamento delirante, ansiedade e comportamento social inapropriado
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atender nas ideias delirantes - Promoção de conforto, segurança e orientação para a realidade no doente.</li> <li>○ Proporcionar actividades recreativas e de diversão que requeiram atenção ou aplicação de aptidões</li> <li>○ Monitorizar os efeitos terapêuticos e os efeitos secundários da terapêutica administrada;</li> <li>○ Promover a relação de ajuda;</li> <li>○ Executar terapia de relaxamento em grupo ou individual;</li> <li>○ Administrar terapêutica prescrita.</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	Que os pensamentos do doente reflectam uma orientação baseada na realidade

Sono Alterado	
<b>Etiologia</b>	Ansiedade; Ideias delirantes
<b>Sintomatologia</b>	Queixas verbais de dificuldade em adormecer; Acordar mais cedo ou mais tarde do que é pretendido; dormir por curtos períodos.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilitar o sono; Diminuir a ansiedade.</li> <li>○ Administração terapêutica;</li> <li>○ Ensinar ao doente técnicas de relaxamento.</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	Que o doente não verbalize alterações do sono nem se observem essas alterações.

## 6. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### 6.1. DIA 24/05/2010

Nesta entrevista tive em conta todos os preliminares da entrevista tal como no primeiro encontro. Como combinado, na entrevista inicial, hoje abordáramos os temas esquizofrenia.

No início perguntei ao Sr. F o que sabia sobre a sua doença mental o qual respondeu que “não sei o que se passa comigo...ultimamente fechava-me em casa, só me apetecia dormir”.

Pude assim constatar que o doente não tem conhecimentos sobre os sinais e sintomas da doença o que pode justificar desde que foi diagnosticada a esquizofrenia até ao actual internamento a não adesão à terapêutica.

Assim, de uma forma breve expliquei-lhe o que é esquizofrenia, sinais e sintomas e a importância de fazer o tratamento. Há medida que eu ia enumerando os sinais e sintomas o doente ia manifestando como os vivenciou.

De seguida, utilizando uma técnica de reestruturação cognitiva, pedi ao doente que pensa-se numa situação que tivesse experimentado de um modo intenso, para revivê-la de novo em imaginação. O Sr. F relatou uma situação que viveu alguns anos, “ eu andava no meio da estrada a seguir a linha branca e a correr sem parar ... a apanhar todo o lixo que encontrava...”.(sic) Perante esta situação juntamente com o ensino previamente realizado solicitei ao doente que registasse o que considerava de anormal na situação (pensamentos disfuncionais). Por último, entreguei ao doente 10 cartões onde em cinco constavam principais sinais e sintomas da esquizofrenia os quais teria de identificar. Dos 5 cartões o doente identificou 3.

Neste contexto posso afirmar que os resultados foram os esperados, o doente conseguiu através de uma das várias técnicas de reestruturação cognitiva identificar alguns dos sinais e sintomas da doença actual e a necessidade de continuar a fazer o tratamento.

Terminada esta sessão, solicitei ao Sr. F que para a próxima sessão fizesse um desenho sobre “Lar e a figura Humana” para na próxima, dia 28 na mesma hora, reflectirmos. O doente concordou e agradeceu por ter aprendido algo sobre a sua doença.

6.2. DIA 31/05/2010

Cumprimentei o Sr. F e pedi que me lembrasse do que falamos no último encontro. Respondeu “ falámos do meu problema de cabeça...a esquizofrenia” (sic) e de seguida a meu pedido enumerou alguns sinais e sintomas da doença... trouxe o desenho que me pediu” (sic) Quando lhe perguntei como se sente hoje? Respondeu simplesmente “mais ou menos” (sic). Antes de iniciar a sessão acordei com o Sr. F que o encontro seguiria o seguimento do anterior e o tempo previsto de 45 minutos. O objectivo da sessão foi melhorar a socialização e reflectir sobre os pensamentos com base na realidade.

Propôs então ao doente que, partindo do que foi falado na sessão anterior falássemos sobre o isolamento social, o afastamento dos amigos e os comportamentos de risco (sexual e de consumo de substâncias) e da privação da liberdade.

Utilizando a relação de ajuda consegui estabelecer uma relação terapêutica com o Sr. F. A escuta activa foi o principal recurso utilizado. Demonstrei-lhe o meu respeito, preocupação sobre o seu percurso de vida. Realcei que não estaria ali para o julgar ou avaliar. Com base no desenho (que lhe havia solicitado que realiza-se na ultima sessão – Anexo I) e na minha atitude de aceitação autenticidade e congruência estabeleci a relação terapêutica com o doente. Foi então que o doente se encheu de coragem e começou a expressar sentimentos, frustrações e emoções relatando que “não tenho por hábito falar sobre estas coisas com as pessoas...” (sic).

Sobressaíram algumas afirmações nos relatos do doente nomeadamente: “consumi haxixe em tempos...o meu cunhado é que me levou para esse caminho...dizia que me ia sentir melhor, na verdade isso acontecia mas depois...”, “disseram-me que sou HIV ...de certo foi aquela mulher mais velha que me meteu algo na bebida... eu fiz sexo com ela...não tinha preservativo quando acordei...”, “sinto-me muito sozinho...os amigos e a namorada abandonaram-me e a minha família não me vem visitar...estou preso injustamente, eu não fiz nada, roubaram-me os documentos só para me incriminar...desconfio que eles só me querem fazer mal...”, Poderei proferir perante estas afirmações que, o doente fez uma reminiscência sobre o seu passado e presente.

O Sr. F chegou mesmo a assumir que “não me tenho portado lá muito bem mas, as pessoas querem-me fazer mal...”. Explorando esta afirmação do doente pude apurar que o doente ainda apresenta alguma actividade delirante, delírio persecutório.

Neste momento, e em conjunto reflectimos e conversámos sobre o seu desenho. (Anexo I). Tendo por base Campos (2002) na análise do desenho destaco: o desejo de protecção e a dificuldade no controlo dos impulsos do corpo, regressão e conflito. Está patente, dificuldade de inter-relação social, medo, não-aceitação do meio, a introversão por rejeição do ambiente, insegurança e isolamento. O doente no seu desenho utilizou as cores: vermelho, verde e preto que pode traduzir violência, agressão, tristeza e medo.

Perante o exposto, é notável a baixa auto estima, a pouca confiança e a fraca interacção social/ isolamento. Assim, o desenho não foi mais do que uma forma de confirmar os focos identificados previamente e a necessidade de intervir sobre eles. Mantendo a minha postura empática, pude fazer a clarificação e a confrontação de determinados aspectos, comportamentos e atitudes, com o Sr. F para que reflectisse sobre os mesmos, de forma a tomar consciência de si, dos seus procedimentos e da diferença entre as suas palavras e o seu agir.

Desta forma, considero que esta trouxe mais-valias para o doente mas o cansaço visível no fâcias do Sr. F. fez com que eu desse como terminada a sessão. Havia muitos outros assuntos e sentimentos a serem exploradas, mas tal como defini inicialmente, o doente pode interromper ou terminar a entrevista/intervenção antes do tempo se assim for o seu desejo.

Quanto ao contacto com a família proporcionou-se ao doente fazer uma chamada telefónica para a mãe. Após várias tentativas, conseguiu falar com a mãe e foi então que nasceu um brilho novo no olhar do Sr. F. A mãe prometera-lhe vir visitá-lo no próxima fim de semana.

Propôs também ao doente participar nas sessões de relaxamento (grupo conduzido por mim todas as semanas às terças-feiras às 11h), para reduzir os níveis de ansiedade e adquirir e/ou melhorar competências sociais. Após ter explicado os objectivos e as actividades realizadas pelo grupo o doente concordou em participar.

Considero que os resultados da sessão foram de encontro aos esperados, nomeadamente no reconhecer dos comportamentos não aceitáveis, no controlo da satisfação dos seus desejos e na reorientação dos seus pensamentos com base na realidade. A intervenção terapêutica tendo por base a relação de ajuda permitiu ao Sr. F descobrir e/ou modificar

algumas opiniões erróneas e a reflexão sobre alguns comportamento, atitudes e objectivos de vida. Para terminar combinei com o doente um novo encontro dia 31 de Maio à mesma hora o qual concordou.

### 6.3. DIA 07/06/2010

Observei o Sr. F enquanto se dirigia para a sala de onde marcamos encontrar-nos, verifiquei que, apresentava um fâcies triste, dificuldade em estabelecer o contacto visual com uma postura tensa.

Cumprimentei o Sr. F e perguntei como foi o fim-de-semana? Cabisbaixo, com uma voz hipofónica respondeu “fiquei à espera que a minha mãe me visse visitar neste fim de semana...”. Pude perceber que a mãe não teria vindo visitá-lo tal como prometera. Por outro lado, o ambiente na enfermaria tornou-se pouco seguro e tranquilo para o doente devido a conflitos e comportamentos autodestrutivos (automutilações) de dois dos doentes internados, “ eles passam os dias a cortar-se à minha frente...nem consigo dormir só de pensar...” (sic).

Nesta altura percebi da necessidade de estabelecer uma relação com base na relação de ajuda e de técnicas de orientação para a realidade dando também desta forma continuidade à sessão anterior. Intervir no sentido de desenvolver a capacidade de adiar a satisfação dos desejos, no promover um ambiente mais seguro, mais tranquilo, facilitar a socialização.

Foi então que solicitei ao doente que expressasse o que estava a sentir no momento, raiva, frustração e ansiedade. Desta forma, o doente fez a catarse do acontecimento exteriorizando os sentimentos de raiva e frustração. Seguidamente pedi-lhe que reflectisse sobre as razões hipotéticas de a mãe não o ter vindo visitar. Com este exercício foi minha pretensão que o Sr. F percebesse que as razões da não visita poderiam ser diversas e não apenas por “má vontade ou abandono”.

As emoções expressas permitiram ao Sr. F descodificar e diminuir a valor negativo atribuído ao acontecimento. Expliquei-lhe que é preciso aprender a distinguir entre o que esperamos que aconteça, e o que provavelmente vai acontecer, e o que realmente aconteceu ainda que o que aconteceu não fosse de todo o desejado é importante ter

capacidade de adiar a satisfação dos desejos. Posteriormente, convidei o doente a fazer uns exercícios de relaxamento.

No final, pedi ao doente que relata-se como se estava a sentir ao qual respondeu “estou um pouco mais calmo, percebi que nem sempre o que queremos muito tem de acontecer...deve ter havido alguma coisa que impediu a minha mãe de vir à visita...há-de vir noutra dia” (sic). Comuniquei ainda ao Sr. F de que iria falar com a médica assistente sobre a terapêutica (ajuste de terapêutico) para poder dormir melhor e sobre a possibilidade de ser transferido para o piso zero do serviço uma vez que seria um local mais calmo com menos conflitos. O Sr. F. concordou e viu com agrado esta alternativa.

Conclui assim esta sessão, cujos resultados foram de encontro ao inicialmente projectado nomeadamente, promover a socialização e o  *coping*  mais eficaz, guiá-lo e/ou orientá-lo no sentido da realidade. Em mutuo acordo ficou programado um novo encontro que seria o ultimo para dia 15 de Junho há mesma hora e no mesmo local.

#### 6.4. DIA 15/06/2010

No local e há hora marcado o Sr. F veio ao meu encontro. Hoje vinha mais sorridente que na sessão anterior, apresentava uma postura e um olhar que pareciam transmitir maior confiança. Cumprimentou-me olhando-me nos olhos e com um tom de voz firme. Perguntei-lhe como se sentia hoje? Respondeu “hoje sinto-me com energia...dormi bem”. Perguntei também como se estava a sentir no piso zero do serviço? Respondeu “muito bem Sr.<sup>a</sup> Enfermeira...não tem nada a ver...é muito mais calmo e não me sinto tão preso” (sic). “ Esta semana participei no jogo de voleil e na sessão de relaxamento” (como eu própria pude constatar) “...e senti-me bem... afinal quando convivemos com os outros os problemas parecem desaparecer...também há pessoas na mesma situação que eu ou ainda pior!”.(sic)

Nesta sessão, o doente mostrou ainda interesse em falar sobre experiencias vividas e sobre o momento actual de privação da liberdade. Nesta sequência, pedi ao doente que livremente falasse e exprimisse os seu sentimentos e sempre que possível assinala-se as eventuais relações das experiencias vividas no passado com os problemas correntes.

Recorda a história familiar conturbada, caracterizada por uma família disfuncional (viveu na prisão com a mãe até aos 3 anos), a família tinha carências económicas, as

várias tentativas de institucionalização e fugas, “ tudo isto fez com que eu me tivesse que desenrascar sozinho... a morte do meu pai afectou-me muito...estive com a minha mãe na prisão até aos meus três anos de idade e agora...vim cá parar eu” (sic). No final da sessão, elogiei o doente e enalteci os progressos alcançados. Reflectimos em conjunto sobre os pontos como o da capacidade de interacção e a capacidade de diálogo. Nesta sessão foi possível ajudar o doente a promover um coping mais eficaz e organizar o conteúdo do pensamento. O doente apresenta algum *insight* para a sua situação de doença actual embora continue patente o sentimento de revolta em relação à privação da liberdade.

Na quarta sessão, lembrei o Sr. F. este seria o nosso último encontro formal. Demonstrei-lhe que continuava disponível para o ajudar no seu processo de adaptação à sua nova etapa de vida.

## 7. REFLEXÃO

Durante o percurso de acompanhamento do Sr. F privilegiei a minha intervenção com base numa postura empática, demonstrando-lhe aceitação sem fazer juízos de valor da sua condição actual de reclusão e/ou da sua doença actual. O Sr. F procurava-me várias vezes no serviço para poder conversar, o que significa que lhe transmiti segurança e disponibilidade durante as intervenções.

Quanto ao doente julgo ter conseguido intervir no sentido de melhorar a sua adaptação à situação actual e no redescobrir do seu eu que estava fragilizado. Os resultados obtidos foram de encontro aos esperados nomeadamente, o doente consegue identificar alguns dos sinais e sintomas da doença, melhorou na relação com o outro, demonstrou capacidade de adiar a satisfação dos seus desejos quando necessário e padrão do sono foi restabelecido.

Atendendo à “atribulada” história de vida do doente senti necessidade de reflectir sobre as fases do seu desenvolvimento, desde a infância passando pela adolescência até ao momento actual para tentar perceber se de alguma forma a forma como foram vivenciadas podem justificar o que o Sr. F é hoje. À luz de algumas teorias poderão tentar explicar alguns dos seus comportamentos. Recordando a Teoria do Desenvolvimento de Psicossocial de Erikson, o desenvolvimento é um processo

contínuo, e portanto, decorrente desde o nascimento até à morte e no qual o sujeito assume um papel activo. (SHAFFER, 2005).

Poder-se-á dizer que o Sr. F viveu vários conflitos durante as diferentes etapas do seu desenvolvimento. Desde o seu nascimento até ao momento actual registo as seguintes vivências, coabitou até aos três anos com a mãe na cadeia, a morte do pai (pessoa de referencia), o abandono escolar; as várias tentativas de institucionalização sem sucesso, os consumos de substâncias, os comportamentos de risco e a actual privação da liberdade.

A teoria de Erikson veio precisamente explicar que a pessoa é o reflexo da tensão existente entre as pressões da sociedade e das suas necessidades psicológicas. A forma como são superadas as crises é que ditam o desenvolvimento do individuo. Assim a resolução de uma forma positiva das crises reflecte um equilíbrio psicológico e o desenvolvimento de vivência e sentimentos positivos. Por oposição, as crises que são resolvidas pelo pólo negativo dificultam o desenvolvimento e podem afectar a resolução das crises dos posteriores estádios. A resolução das crises pelo pólo positivo ou negativo, resulta respectivamente, na aquisição de competências ou não (SHAFFER, 2005). Assim perante o exposto poder-se-á dizer que o Sr. F pelo seu percurso de vida na presença de tensão e/ou conflito terá resolvido as crises maioritariamente pelo pólo negativo o que dificultou o seu desenvolvimento e a consequente aquisição de poucas competências para viver e conviver em sociedade.

Como recurso para as intervenções utilizei o Teste do desenho tendo por base a análise do autor Campos (2002) como instrumento de auxilio para avaliação do doente, porque partilho da opinião dos autores Campos e Zucker (2002, p.24) que os desenhos “... são os primeiros a indicar estados psicopatológico, e em pessoas com distúrbios emocionais são mais facilmente levadas do desenho para a expressão verbal”. Confesso que tive alguma dificuldade em analisar o desenho mas por outro lado considero que foi uma mais-valia para o doente que através dele permitiu expressar algumas emoções e sentimentos e para mim foi mais uma aprendizagem, um instrumento muito útil para delinear o meu agir e o intervir.

A análise do desenho tem por base o autor Campos (2002) de onde apenas destaco os pontos que considero mais importante no contexto de doença actual do doente ficando

em anexo a análise mais promenorizada. (Apêndice I). Nesta sequência, observa-se a falta de simetria que pode indicar insegurança emocional, a existência de um traço forte, as grades, que pode significar medo, insegurança, agressividade e dissimulação.

Desenho da casa - a ausência de tecto que revela a quebra de contacto com o mundo exterior, a janela do que considera o seu lar é uma janela com grades que traduz que o doente se sente fechado, possuindo desejo de protecção.

Desenho de si próprio - o doente desenha-se a si próprio de frente o que revela aceitação do seu próprio sexo, aceita o mundo que tem pela frente. Tem um contorno reforçado do rosto que revela dificuldade de inter-relação social. Restrições à figura projectada e geralmente são pessoas que fogem dos seus problemas. Os olhos estão representados por um traço e a negrito que significa a não-aceitação do meio em que o indivíduo fecha os olhos para não o ver. Como estão desenhados a negrito implica conflito, agressividade e recusa total do meio. A boca é representada por um traço que significa introversão por rejeição do ambiente, não possui pescoço pelo que indica dificuldade no controlo dos impulsos do corpo e regressão. Não desenhou os braços o que é frequente em doentes psicóticos, revela rompimento com o mundo exterior.

Desenho da árvore: tronco curto com linhas tremidas que indica pressão extrema, falta de expressão do *eu* e o desenvolvimento físico e psíquico marcado por traumatismos. Os galhos pontiagudos abertos nas extremidades que indicam agressão e sentimentos de pouco controlo sobre a expressão dos próprios impulsos.

Em termos de conclusão, penso que consegui identificar e explorar as alterações do estado de saúde do doente. Confesso no entanto que foi uma tarefa complicada pela pouca experiência na área. Ainda assim, considero que consegui fazer um acompanhamento adequado do Sr. F partindo de uma ordem lógica das intervenções, atendendo às dificuldades e limitações do doente, limitações do meio e da minha falta de experiência. Por último, considero que adquiri competências de um enfermeiro especialista em SMP nomeadamente, o conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro e na prestação de cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, mobilizando o contexto da dinâmica individual para melhorar e recuperar a saúde.

## **ANEXOS I - TESTE DO DESENHO COMO INSTRUMENTO - Interpretação dos desenhos segundo Campos (2002, p. 20 -55)**

O teste do desenho, como técnica projectiva, em virtude da economia de tempo, fácil administração e resultados fiáveis. Tem vantagens de ser utilizado em crianças, em pessoas analfabetas, surdos-mudos, estrangeiros e doentes mentais reprimidos, que apresentem sentimentos negativos ou orientação Paranóide.

Os desenhos segundo o autor são os primeiros a indicar estados psicopatológico, e em pessoas com distúrbios emocionais são mais facilmente levadas do desenho para a expressão verbal. O teste colectivo parece produzir uma amostra mais fiel da produção de uma pessoa.

O material necessário para a aplicação do teste e uma folha branca, lápis ou canetas de cor, e uma mesa confortável. O examinador deve comportar-se com o máximo de discrição possível, com aspecto tranquilo e neutro. Deve fazer anotações ao longo do teste do comportamento, do manuseamento do material, da verbalização, e da técnica utilizada pelo utente. Karen Manchover citado em Campos (2002, p.35), criou um questionário de associações a ser respondido pelo doente nomeadamente:

Desenho da casa – E a sua casa? De quem e a casa? Essa casa tem escadas? Gostaria de morar nela? Qual o quarto que escolheria? O que mais faz falta nessa casa?

Desenho de uma arvore – que arvore e esta? Onde poderia estar situada? Quem a plantou e porque? E uma arvore isolada? E uma arvore viva ou morta e porque? Quanto falta para ela morrer? Gostaria de dizer mais alguma coisa a respeito dessa árvore?

Desenho da família – quem são as pessoas que desenhou? Estão aí todos os parentes? Quem falta? Porque não está aí? Em que estava a pensar quando desenhou? Desenho de uma pessoa – o que esta fazendo? Idade? Casado? Filhos? Triste ou alegre?

Desenho espontâneo – que representa o seu desenho? Foi o primeiro tema que pensou ou queria desenhar algo mais?

Desenho da Casa: a casa desenhada pode assumir dois significados constituir um auto-retrato, expressando as fantasias, o ego, a realidade, os contactos e a acessibilidade ou então pode expressar a percepção da situação lar ou residência presente, desejada para o futuro, ou uma combinação de ambas.

Desenho da Árvore: o teste da árvore tem sido verificado que o sujeito selecciona na sua memória, de todas as árvores que já viu, aquela com a qual tem a maior identificação empática, e ao desenhar a modifica e a cria. A árvore é portanto dos três tipos de desenho, o mais provável que revele a auto-imagem da pessoa no contexto de relacionamento com o ambiente.

*Análise do desenho realizado pelo Sr. F.*

---

Pesquisa feita *in*:

CAMPOS, Dinah Sousa, O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade, 34ª edição, 2002, Petrópolis-Brasil, Editora Vozes, ISBN 85-326-0178-2

SHAFFER, David - Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência. 6ª Edição. Thomson: São Paulo, 2005. ISBN: 85 – 221 – 0423 – 9. Enfermagem; Maio 2001, Lisboa

## **APÊNDICE G – “SESSÕES DE RELAXAMENTO”**

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

# **SESSÕES DE RELAXAMENTO**



**ACTIVIDADES DE RELAXAMENTO - PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE**

**Sara Ribeiro, nº 192009126**

**Campus de Sintra, Junho de 2010**

## ÍNDICE

INDICE DE GRÁFICOS .....	3
<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2.CONTEXTUALIZAÇÃO DAS SESSÕES DE RELAXAMENTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2.INVENTÁRIO DE AUTO RELATO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.1. Inventario de Ansiedade de Beck (BAI).....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.2. Inventário de Ansiedade Traço – Estado (STAY) .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. RELAXAMENTO PROGRESSIVO JACOBSON .....</b>	<b>8</b>
<b>3.DESCRICÃO DAS SESSÕES.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1.PRIMEIRA SESSÃO .. ..</b>	<b>8</b>
<b>3.2. ....SEGUNDA SESSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>3.3. ... TERCEIRA SESSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>3.4. ....QUARTA SESSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>4.APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>18</b>
<b>5.REFLEXÃO FINAL .....</b>	<b>20</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO I - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO III – PLANO 1ª SESSÃO DE RELAXAMENTO .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO IV – PLANO 2ª E 3ª SESSÃO DE RELAXAMENTO .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO V – PLANO 4ª SESSÃO DE RELAXAMENTO.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO VI – COTAÇÃO FINAL DA ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK ....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO VII - ESCALA STAI Y 1.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO VIII - RELAXAMENTO PROGRESSIVO (JACOBSON 1964) .....</b>	<b>34</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultados da STAI Y-1 (início de cada sessão) .....	18
Gráfico 2 Resultados do STAI Y-1 (fim de cada sessão) .....	19
Gráfico 3 Resultados do BAI (início da 1ª sessão e no final da 4ª sessão de relaxamento) .....	20

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do curso mestrado de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria integra no plano curricular o ensino clínico referente ao módulo II com o objectivo de intervenção na crise. Uma das competências do enfermeiro especialista é a prestação de cuidados no âmbito psicoterapêutico, sócio-terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto da dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” OE, MDP (2009, p.22 e 27)

É neste propósito que surge este grupo de trabalho que visa essencialmente a realização de actividades e técnicas de relaxamento a um grupo de doentes internados na Clínica de Psiquiatria do Hospital Prisional São João de Deus.

Assim, durante uma semana decidi observar os comportamentos e atitudes do grupo de doentes internados. Consultei também o processo clínico de cada doente em pormenor. Pude assim constatar que existia um subgrupo com características comuns, “ manifestavam preocupação excessiva e abrangente, acompanhada por sintomas somáticos, causando comprometimento significativo no funcionamento social e/ou ocupacional, ou acentuado sofrimento para o indivíduo”. (DSM IV)

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (2004) os transtornos de ansiedade são classificados como “Desordens clínicas, incluindo as principais doenças mentais, como também desordens de desenvolvimento ou aprendizado” (DSM IV TR, Eixo I).

Para avaliar os níveis de ansiedade parti em busca de escalas. Durante a pesquisa bibliografia encontrei alguma diversidade de escalas das quais decidi aplicar duas, o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Cunha, 2001) e o Inventário State Trait Anxiety Inventory, validado para a população portuguesa por Silva (2003) por considerar que são de rápido e fácil preenchimento.

Escolhidas as escalas e o grupo de doentes que apresentavam critérios de inclusão segundo a DSM IV no eixo I, Transtornos da Ansiedade apliquei a BAI para avaliar o grau de ansiedade. Apliquei a BAI a dez doentes, dos quais seleccionei seis, os que apresentavam maior cotação na soma dos scores o que traduzia, grau de ansiedade severa. Assim, o grupo é constituído por Srs.: F.P; V.B; R.C; D.C; J.L; FM.

De realçar ainda que, para a inclusão dos doentes no grupo certifiquei-me que não existiam sintomas psicóticos positivos (ilusões, alucinações, delírios, comportamento desorganizado) e de que estes sabiam ler e escrever visto que é minha pretensão aplicar escalas de auto relato (preferencialmente serem preenchidas por os próprios).

Nesta sequência, para avaliar os níveis de ansiedade dos doentes e os resultados das intervenções realizadas nas sessões de relaxamento serão aplicadas a STAI Y 1 e avaliação da tensão arterial e o pulso (no início e final de cada sessão).

Na ultima sessão (4<sup>a</sup>) será aplicada a BAI para comparativamente com a BAI aplicada antes das sessões avaliar a evolução se as intervenções realizadas tiveram alguma evidencia concretamente, diminuição da ansiedade dos elementos do grupo.

Nesta sequência, pretendo avaliar as intervenções realizadas medindo a intensidade dos sintomas desde a primeira até à quarta sessão. As sessões de relaxamento realizadas com o grupo visam minimizar ou abolir parte dos sinais e sintomas de ansiedade.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS SESSÕES DE RELAXAMENTO**

Segundo DAVIES & REES (2000, p. 32-35). “...apenas 8 horas de isolamento resultam em aumento significativo da ansiedade (...) uma baixa de auto-estima e sensação de perda de controlo, assim como uma maior incidência de depressão”. De acordo com a literatura, a ansiedade está presente no indivíduo privado da liberdade.

Segundo a CIPE (2005:85), ansiedade é “Emoção com as características específicas: sentimento de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) da American Psychiatric Association (APA, 2003) divide a ansiedade em: ansiedade agorafobia, ataque de pânico, transtorno de pânico sem agorafobia, transtorno de pânico com agorafobia, agorafobia sem história de transtorno de pânico, fobia específica, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de stress pós-traumático, transtorno de stress agudo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, transtorno de ansiedade induzido por substância, transtorno de ansiedade sem outra especificação.

Segundo a NIC a etiologia do distúrbio ansiedade/pânico são: conflito inconsciente relativo a valores ou objectivos essenciais de vida, crise de maturação ou situacional, ameaça ao auto-conceito, ameaça de morte, necessidades não satisfeitas, fixação em estadios do desenvolvimento anteriores, exposição a estímulos fóbicos, tentativa de interferência em comportamentos ritualistas, experiência traumática. A mesma fonte descreve que a sintomatologia característica deste distúrbio é: a dispneia, palpitações, dores no peito ou desconforto, sensação de aperto, tonturas, sentimentos de desequilíbrio, sentimentos de irrealidade, parestesias, transpiração, sensação de desmaio, tremores e arrepios, medo de morrer, medo de ficar louco ou fazer qualquer coisa descontrolada durante o episódio, insónia, inquietação, náuseas ou desconforto abdominal, pesadelos ou percepção visual de acontecimentos traumáticos.

O grupo seleccionado para as sessões de relaxamento reúne critérios que se identificam com transtornos de ansiedade generalizada. O Transtorno de Ansiedade Generalizada caracteriza-se por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação excessiva e persistentes. (DSM IV)

## 1.1. INVENTÁRIO DE AUTO RELATO

Os inventários de auto relato geralmente apresentam questões sobre sintomas, comportamentos e traços de personalidade associados a um ou vários transtornos mentais.

Alguns dos estudos realizados revelaram que estes instrumentos são bons indicadores para avaliar as alterações na ansiedade em doentes em psicoterapia e em programas de modificação do comportamento.

Nesta contexto, Spilbergue (1980) fez um estudo para avaliar o nível de ansiedade nos presos utilizando um grupo de indivíduos presos preventivamente (primários), grupo de reincidentes e um grupo de condenados utilizando as escalas STAI-E e STAI- T. Do estudo o mesmo autor conclui que nos indivíduos condenados os níveis de ansiedade são menores que nos indivíduos presos preventivamente e maior também nestes últimos em comparação com os reincidentes.

### 1.1.1. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O BAI consiste numa escala auto avaliação com o objectivo de mensurar a intensidade dos sintomas de ansiedade do doente. A escala pretende avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade na última semana e no próprio dia. É constituído por 21 itens que descrevem sintomas comuns em quadros de ansiedade que o doente avalia numa escala de 4 pontos: 1- “Ausente”; 2- Suave, não me incomodou muito; 3- Moderado, é desagradável mas consigo suportar e 4- Severo, quase não consigo suportar. O *score* total é a soma dos individuais (0 a 3 pontos). Os resultados obtidos determinam a intensidade dos sintomas traduzem a presença de ansiedade mínima, leve, moderada e severa. (Anexo I)

### 1.1.2. Inventário de Ansiedade Traço – Estado (STAY)

O inventário de ansiedade traço-estado é uma medida de auto-avaliação do traço e do estado de ansiedade composta por 40 itens com um formato de resposta numa escala tipo Likert. Esta escala ou inventário foi concebida por Spielberg em 1983 (STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY - STAI-Y) posteriormente validada para a população Portuguesa por M Gonçalves, M Simões, L Almeida, C Machado em 2003.

A STAI Y-1 avalia ansiedade estado que indica como a pessoa se sente no momento, na situação transitória que está a viver. A STAI Y-2 avalia ansiedade traço, indica um traço de personalidade, permanecendo estável ao longo do tempo ou seja, como o doente se sente em geral.

Na presente contextualização apenas me vou reportar à STAI Y-1 que indica a ansiedade estado uma vez que pretendo avaliar o nível de ansiedade no momento, no início e fim de cada sessão.

A STAI Y-1 é constituída por 20 afirmações que correspondem a como o doente se sente naquele preciso momento. As afirmações são avaliadas por uma escala tipo *likert* de 1 a 4 (ou de 4 a 1 nos itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20). A soma dos itens respondidos pelo doente traduz o grau de ansiedade no momento que pode variar entre baixo, médio e elevado (Anexo II)

## 1.2. RELAXAMENTO PROGRESSIVO JACOBSON

Existe na bibliografia uma grande panóplia de técnicas de relaxamento das quais destaco a técnica de relaxamento desenvolvida por um médico norte-americano chamado Jacobson. O relaxamento progressivo de Jacobson consiste na contracção muscular seguida de relaxamento dos diversos grupos musculares, partindo dos membros até à cabeça.

Esta técnica é muito usada na actualidade não só na Saúde Mental como noutras áreas como por exemplo na área cirúrgica que a utiliza para diminuir a ansiedade no pré operatório. Na Saúde Mental é usada em diversas patologias com resultados muito positivos no controlo de sintomas de transtornos mentais nomeadamente, nos transtornos da ansiedade.

## 2. DESCRIÇÃO DAS SESSÕES

### 2.1. PRIMEIRA SESSÃO

A sessão foi realizada no dia 17 de Maio de 2010, das 11h às 12h na Sala Multiusos da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.

Em primeiro, foi preparado o ambiente: redução da luminosidade e colocação de música (de forma a criar um ambiente mais agradável, sereno para facilitar o

relaxamento do grupo), assegurar a ausência de ruídos e interrupções (para permitir a concentração do grupo).

Antes de se dar início à sessão, fiz a minha apresentação, cumprimentei os doentes e expliquei em traços gerais em que consistia a actividade. De seguida, distribui o BAI para avaliar o grau de ansiedade no momento e na última semana. Foram também avaliados a tensão arterial e o pulso.

A actividade propriamente dita desenrolou-se por três fases distintas: apresentação e interacção entre os elementos do grupo; etapa de exercício físico – aquecimento seguida do relaxamento progressivo (Jacobson).

No início da sessão, foi solicitado aos doentes para deambular de forma aleatória pela sala, e cada vez que cruzavam uns com os outros cumprimentavam-se e diziam o nome. De seguida foi sugerido que cada um, separadamente, exemplificasse uma forma de se cumprimentarem para que posteriormente o gesto ser repetido por todos. Outro exercício foi colocar os doentes frente a frente para que durante cerca de cinco minutos em silêncio observassem e identificassem tiques ou maneirismo de cada um. Seguidamente cada doente teve de individualmente exemplificar para o grupo, os tiques e/ou maneirismos identificados no outro, para o grupo descobrir quem é a pessoa imitada.

Nesta primeira fase da sessão o objectivo foi de o grupo se conhecer melhor e de interagirem uns com os outros.

Posteriormente, foi pedido ao grupo que se colocassem em circulo e cada um sugerisse um exercício físico para a ser repetido por os restantes. O autor do exercício seria o dinamizador do grupo no sentido de que todos participassem (o líder) até que este desse indicação para parar.

Posteriormente, foi pedido ao grupo que se distribuísse pelos colchões para realizarem alguns dos exercícios de maior exigência física (como sendo, flexões, abdominais...) dentro das capacidades de cada um.

Nesta fase onde foi trabalhada a capacidade de liderança e a autoconfiança, resistencia física. Segui-se a sessão de relaxamento de acordo com as etapas

descritas no relaxamento muscular progressivo de Jacobson (ver anexo) vinte e cinco minutos.

Terminada a sessão de relaxamento, foi pedido aos doentes que se mantivessem deitados nos colchões, ouvindo a música abstraindo-se do meio envolvente interiorizando sensações e emoções agradáveis e para calmamente e gradualmente se levantassem.

No final da sessão, foi dada a oportunidade para que cada doente manifestasse a sua opinião, de como se sentiu, os pontos positivos e negativos e aspectos que gostariam que fossem melhorados. O grupo foi unânime em dizer que gostou da actividade, que era pertinente e que seria bom repetir-se. Nesta sequência, e acordado com o grupo, ficou combinado de a actividade se repetir todas as semanas, às terças-feiras, na mesma hora.

Para finalizar a actividade foi pedido aos doentes que preenchessem um questionário STAI Y-1 para monitorizar como se sentiam naquele momento Foi também reavaliada a tensão arterial e pulso.

#### **Avaliação do grupo durante a sessão:**

Dois dos doentes demonstraram dificuldade na concentração. O Sr. DC teve dificuldade em manter o silêncio, desconcentrado chegando mesmo a causar alguma instabilidade na progressão da sessão, tendo sido necessário em alguns momentos estabelecer limites. O Sr. FP apresentou dificuldade em seguir as instruções, tendência para se isolar, fez as actividades mas sempre após alguma insistência, durante o relaxamento abriu várias vezes os olhos, para observar à sua volta e os restantes doentes. De realçar que o Sr. FP se encontra no serviço há poucos dias proveniente do domicílio. No entanto este já teve vários internamentos no serviço em anteriores detenções o que mesmo assim, justifica alguma desconcentração e falta de confiança. Os outros 4 elementos participaram dentro das suas limitações, de forma concentrada conseguindo acatar as indicações dadas por mim.

Pude ainda constatar através dos resultados obtidos pela BAI preenchida pelos doentes no início da sessão que 5 dos elementos do grupo apresentavam sintomatologia severa de ansiedade. O outro elemento apresentava sintomatologia moderada. Os resultados obtidos pelo instrumento STAI Y 1 aplicado no início da sessão demonstraram que todo grupo apresentava um elevado grau de ansiedade. No final da sessão os valores obtidos da soma dos itens foram de um modo geral mais baixos mas, a diferença é pouco significativa. A ansiedade manteve-se num nível elevado em todo os elementos do grupo. Quanto à avaliação dos sintomas físicos da ansiedade através da avaliação da tensão arterial e pulso os resultados também são pouco significativos.

#### **Pontos positivos a retirar desta sessão:**

- ✓ A título pessoal foi muito gratificante poder desenvolver a actividade o que me permitiu desenvolver competências na vertente da relação e comunicação com o doente;
- ✓ O grupo referiu ter gostar da sessão. Relataram que se sentiam mais tranquilos e calmos, desejando repetir novas sessões;
- ✓ O Sr. F.M, é um doente que habitualmente é pouco comunicativo, tem tendência para se isolar, tendo já acontecido abandonar algumas das actividades desenvolvidas no serviço. Contrariamente às minhas expectativas iniciais o Sr. F. M, participou nas actividades, sugeriu alguns exercícios, interagiu com o restante grupo.

#### **Pontos negativos a retirar desta sessão:**

- ✓ Não se observou diminuição da tensão arterial e pulso; como seria desejável;
- ✓ Pouca coesão do grupo, interacção entre os elementos existia mas com pouca espontaneidade;
- ✓ Dificuldade de estimular dois dos doentes a seguir as indicações do grupo e do técnico.

De um modo geral para uma primeira sessão, a avaliação foi positiva.

## 2.2. SEGUNDA SESSÃO

A sessão foi realizada no dia 25 de Maio de 2010, das 11h às 12h na Sala Multiusos da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.

Foram tidos em conta todos os preliminares antes do início da sessão, ambiente, ausência de ruídos, luminosidade e musica. Esta semana, o grupo ficou reduzido a 4 elementos, porque dois dos elementos tiveram alta.

Reunido o grupo, cumprimentei os doentes e relembrei os objectivos do encontro. De seguida, avaliei os sinais vitais e distribui a escalas STAI Y 1. Antes de dar início à sessão conversamos e reflectimos sobre o que foi feito na sessão anterior.

Nesta sessão, tal como na anterior, solicitei aos doentes para deambularem pela sala, descontraírem durante dois minutos. Depois cada elemento cumprimentava todo o grupo, fazendo a sua apresentação (nome e idade). Foi-lhes também solicitado que se concentrassem na música e que pensassem numa forma de dramatizar por mímica o que estavam a sentir naquele preciso momento para o grupo descobrir. Realçar que dois elementos manifestaram estar com saudades da família e dos filhos. Um estaria em pleno bem-estar e um com vontade de chorar.

De seguida foi pedido que em silêncio pensassem no que mais lhes apetecia fazer nesse momento e de igual forma ao exercício anterior teriam de representar para o grupo a fim de ser decodificado. No grupo existiu uma vontade quase que unânime “ sair em liberdade” um doente gesticulou estar com sono e outro cansado.

Posterior a esta fase de interacção para “quebrar o gelo” procedeu-se ao aquecimento acompanhado por música. Assim, foi-lhes pedido que em silêncio se concentrassem na música durante alguns minutos e que preparassem (cada um) uma coreografia. A coreografia de cada era repetida pelo grupo durante um minuto É de realçar que o grupo ficou muito agradado com esta actividade demonstraram bastante empenho e criatividade.

Por fim, foram distribuídos os colchões e pedido aos doentes que se deitassem, relaxassem abstraindo-se de tudo e todos, que se concentrassem na musica agora estrategicamente muito cala. Foi realizado o método de relaxamento progressivo

de Jacobson. No final da sessão de relaxamento ainda deitados nos colchões foram reavaliados os sinais vitais.

Terminadas as actividades sentamo-nos em círculo para avaliar a sessão. Uma vez mais os doentes gostaram das actividades desenvolvidas. Houve dois elementos que relataram que no tempo que estiveram na sala se esqueceram de todos os problemas. Da sessão sobressaiu a necessidade de dois elementos falarem sobre a saudade da família iniciou-se assim um momento de partilha e de troca de experiências. Foi então que o Sr. R.C ( elemento do grupo detido há mais tempo) partilhou a sua experiencia dizendo “ isso também me aconteceu no inicio mas depois habituamo-nos a sobreviver afastados deles... temos de ser fortes, estamos presos porque cometemos um crime mas...um dia vamos voltar a ser livres e a poder estar com eles”. (SIC, Sr. R.C).

Pude constatar que todos estavam agradados com a sessão. Foi-lhes distribuída de novo a STAI Y 1. Programamos a próxima sessão para o próximo dia 1 de Junho na mesma hora e local.

### **Avaliação do grupo**

De realçar que o Sr. DC manteve a dificuldade em se concentrar e de permanecer em silencio o que revela alguma dificuldade em manter uma actividade - desatenção: dificuldade de voltar um determinado estímulo. Pude constatar que o doente apresentava delírios persecutórios, delírios de ruína, alteração do fluxo do pensamento (as ideias surgem rapidamente, em grande velocidade e variedade - pressão do pensamento) e verborreia. Assim, tornou-se difícil conduzir a sessão, consequentemente, os restantes elementos do grupo não beneficiavam da sessão de relaxamento tal como era pretendido. Desta forma, considero que enquanto Sr. D.C apresentar a sintomatologia descrita anteriormente não beneficia da actividade.

O Sr. FP que na anterior sessão tinha tendência a isolar-se nesta sessão esteve mais interventivo foi notável uma melhoria da interacção em relação à sessão anterior. Nos outros dois elementos do grupo não foram percebidas dificuldades no desempenho das actividades.

Quanto os resultados do STAI Y 1 no início da sessão demonstraram que todos os elementos do grupo apresentavam um grau elevado de ansiedade que se manteve no final da sessão embora houvesse uma discreta diminuição dos pontos obtidos da soma dos *scores*.

Destaco ainda o Sr. FM que embora mantenha um grau elevado de ansiedade, relação à sessão anterior é visível através dos resultados da STAI Y 1 que tem beneficiado das sessões porque a cotação tem vindo a diminuir o que traduz alguma redução da ansiedade manifesta.

Os resultados da tensão arterial e pulso revelam que a sessão contribuiu para a diminuição dos sintomas físicos da ansiedade mas, são pouco significativos para análise.

**Pontos positivos a retirar desta sessão:**

- ✓ Todos os doentes referiram gostar da sessão, dizendo sentirem-se mais tranquilos, calmos, desejando repetir novas sessões;
- ✓ Foi curioso na actividade que envolveu musica e dança os doentes empenharam-se muito mostrando-se muito divertidos.
- ✓ A partilha de experiencias vivenciadas entre o grupo;
- ✓ De um modo geral os doentes estavam mais descontraídos e mais dinâmicos.

**Pontos negativos a retirar desta sessão:**

- ✓ O grupo de quatro elementos tornou-se muito restrito para desenvolver as actividades;
- ✓ Um dos doentes não se conseguiu concentrar -se na sessão perturbando a o grupo.

**2.3. TERCEIRA SESSÃO**

Terceira sessão aconteceu a 01 de Junho 2010 às 11h na Sala Multiusos da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.

Nesta sessão foi admitido um elemento novo no grupo .O Sr. D.C mantinha delírios, pressão do pensamento e verborreia pelo que foi excluído porque tal como já referi na sessão anterior, este não só não beneficia da sessão como

também prejudica o funcionamento do grupo. O motivo pelo qual inclui este elemento foi para manter o funcionamento do grupo. No entanto, este elemento não faz parte da avaliação final das sessões uma vez que, é meu objectivo avaliar a influência das intervenções nos doentes que participaram nas quatro sessões.

Nesta sessão segui os preliminares das sessões anteriores. Para socializar e apresentar as actividades desenvolvidas foi pedido aos elementos que integram o grupo desde o inicio que explicassem em que consistia estes encontros semanais e quais as actividades desenvolvidas. Os doentes conseguiram explicar de uma forma geral os objectivos das sessões demonstrando interesse, empenho e receptividade para receber os dois elementos.

Assim, para socializarem e integrarem os novo elemento foi solicitado ao grupo que se organizasse dois a dois com objectivo de se apresentarem um ao outro à medida partilhavam entre eles “coisas” que não gostavam. De seguida teriam de apresentar o colega ao grupo ao mesmo tempo que diziam as duas “coisa” que esse não gostava.

De seguida foram feitos dois exercícios para testar a confiança entre os elementos do grupo. No primeiro exercício um dos elementos do grupo ficava de olhos vendados rodeados dos restantes elementos que a balanceavam, o segundo exercício foi muito idêntico mas em vez de haver um circulo a rodear o elemento existia apenas dois elementos, um à frente e outro atrás.

Nos 25 minutos seguintes foi feita a sessão de relaxamento progressivo seguindo as etapas de Jacobson. No final foram reavaliados os sinais vitais e feita aplicação da escala de avaliação do grau de ansiedade STAI Y 1.

Para concluir o grupo reflectiu sobre a sessão, pontos positivos e pontos a melhorar. Na opinião geral, os doentes gostaram da sessão e consideram o exercício de relaxamento como muito agradável e confortável.

### **Avaliação do grupo**

No exercício para testar a auto e hetero confiança foi perceptível que o elemento que só hoje integrou o grupo apresentava uma postura mais rígida, menos descontraída e de menos entrega durante actividade. Pude assim aferir que, os

elemento que estão no grupo há mais tempo já estabeleceram vínculos por interações/partilhas em sessões anteriores no que resulta uma maior confiança entre si.

Os resultados do STAI Y 1 dos três elementos em análise revelaram melhorias significativas com redução do grau de ansiedade. Destaco o Sr. V.B se encontra no nível de ansiedade moderada. Quanto aos sintomas físicos foi possível averiguar através da avaliação da tensão arterial e pulso que as alterações, tal como nas sessões anteriores, não são significativas.

**Pontos positivos a retirar desta sessão:**

- ✓ O grupo mantém-se motivado, participa semanalmente nas actividades;
- ✓ Inclusão dos dois elementos permitiu avaliar a receptividade e aceitação do grupo;
- ✓ A entrega e a confiança dos elementos do grupo principalmente os que já participam nas sessões desde o seu início.
- ✓ Os resultados obtidos por STAI Y-1 revelaram que a sessão contribuiu para a redução dos sintomas de ansiedade.

**Pontos negativos a retirar desta sessão:**

- ✓ Não se observou diminuição dos sintomas físicos como seria desejável;
- ✓ Exclusão do grupo do Sr. D.C.

**2.4. QUARTA SESSÃO**

A 7 de Junho 2010 foi realizada a quarta sessão na mesma hora e local habitual.

Conforme as sessões anteriores, esta, seguiu todos os preliminares de preparação de um ambiente seguro, calmo e isento tanto quanto possível de ruídos. A avaliação da sessão será feita através dos métodos utilizados nas anteriores sessões (STAI Y-1).

Nesta sessão participaram cinco doentes sendo que três pertencem ao grupo desde o início das sessões de relaxamento. No início da sessão, foi feita uma dinâmica com o grupo para melhorar a comunicação que consistiu no jogo do telefone sem fio. Um elemento diz uma frase e transmite ao outro em forma de segredo e assim

sucessivamente. Pude constatar o empenhamento dos doentes em transmitir correctamente o que lhe foi transmitido.

De seguida foi-lhes solicitado que circulassem pela sala, olhando nos olhos uns dos outros e ao meu sinal tinham de parar. Olhando para o colega em frente tinham de observar uma característica para depois partilharem com o grupo.

Seguisse uma actividade mais física, foram realizados exercícios sugeridos por cada um dos elementos. Nesta altura o elemento que ditava o exercício era o líder e teria de certificar se todos os elementos cumpriam o exercício caso contrário teria de ajudar ao elemento a superar o exercício.

Estes exercícios forneceram alguns dados para avaliar a capacidade de liderança e a assertividade na comunicação dos elementos. Igualmente à sessão anterior, a avaliação das intervenções/actividades realizadas reportam-se a este três elementos. Seguidamente foi feita a sessão de relaxamento progressivo que decorreu sem intercorrências.

Por fim, sentados em círculo foi proposto aos elementos do grupo que falassem sobre as sessões realizadas em que cada um teria de dizer o que sentia naquele preciso momento e de que forma as actividades realizadas até então contribuíram para a redução dos níveis de ansiedade. O Sr. F.M relatou que se sentia calmo, “desde começássemos a actividade sinto mais confiança em mim próprio e confio mais nos outros” (sic). O Sr. F.P diz sentir-se menos agitado as sessões o ajudaram-me a integrar melhor no serviço” (sic). O Sr. V.B referiu sentir-se tranquilo e que as sessões são “boas porque se consegue abstrair e até esquecer onde está durante o tempo que aqui estou”. Desta forma pude aferir que os doentes tiveram ganhos em saúde na medida em que manifestaram sentir-se menos ansiosos, melhoraram as relações com o outro e a confiança em si mesmo e nos outros.

Subsequentemente, foi aplicada o STAI Y-1 e avaliados os sinais vitais para averiguar a eficácia da sessão. Aplicada ainda a escala BAI tal como havia sido programado.

Por ultimo, agradei a presença de todos e informei o grupo que as sessões continuariam a ser semanalmente à mesma hora mas que a título académico ficaria “por aqui”. O grupo mostrou receptividade e agrado na continuação das actividades.

### **Avaliação do grupo**

Esta sessão decorreu sem intercorrências. Os doentes estiveram motivados e participaram nas actividades solicitadas. Os resultados do STAI Y 1 revelaram melhorias significativas com redução do grau de ansiedade. Os dos três doentes em estudo apresentaram um nível de ansiedade moderado. Quanto aos sintomas físicos foi possível averiguar através da avaliação da tensão arterial e pulso que as alterações continuam a não ser muito significativas.

#### **Pontos positivos a retirar desta sessão:**

- ✓ O grupo mantém-se motivado, participa semanalmente nas actividades;
- ✓ O exercício realizado para avaliar a comunicação demonstrou empenho dos elementos em transmitir com assertivamente a informação recebida;
- ✓ Os resultados obtidos pelas escalas de auto relato revelam que a sessão contribuiu de para a redução dos sintomas de ansiedade.

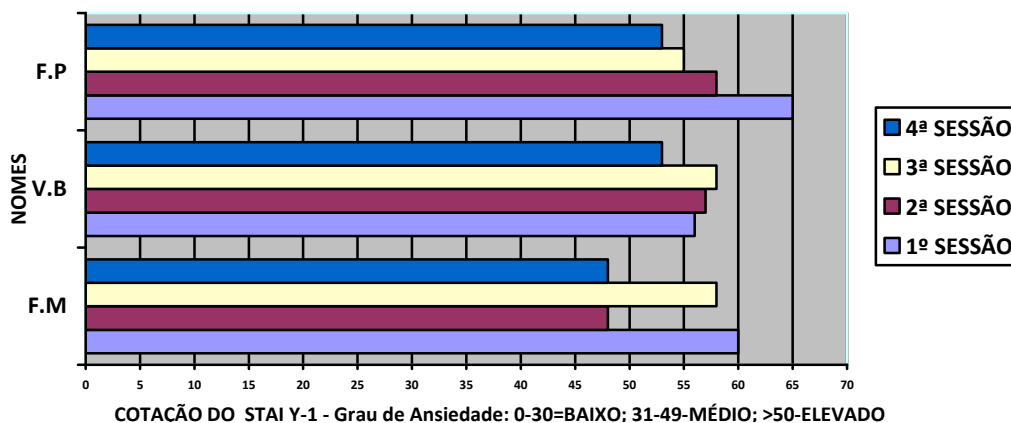
#### **Pontos negativos a retirar desta sessão:**

- ✓ Não se observou diminuição dos sintomas físicos como seria desejável.

### **3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

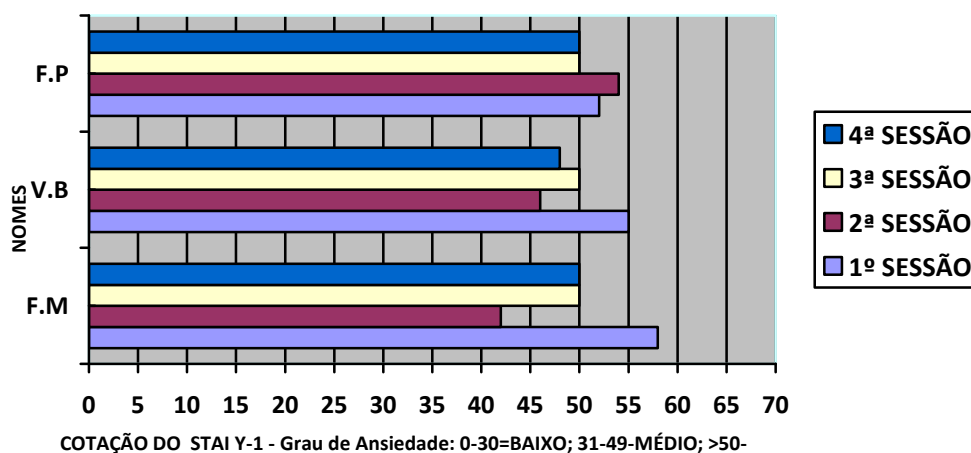
Para uma melhor avaliar o grau de ansiedade apresentado pelos três doentes utilizei o STAI Y-1 no inicio e após a intervenção com intuito de avaliar os ganhos obtidos pelos doentes com cada sessão Graficamente estão representados os resultados obtidos no inicio (gráfico 1) e no final (gráfico 2) das sessões segundo o questionário referido.

**Gráfico 9:** Resultados da STAI Y-1 (inicio de cada sessão)



Visualizando o gráfico 1 é possível verificar que o SR. F.P foi o que mais beneficiou das sessões em que, o nível de ansiedade do início de cada sessão foi diminuindo progressivamente. Quanto ao Sr. F.M e o Sr. V.B a progressão não foi tão constante mas ainda assim pode constatar-se que no início da 4ª sessão apresentavam um grau de ansiedade menor que nas sessões anteriores.

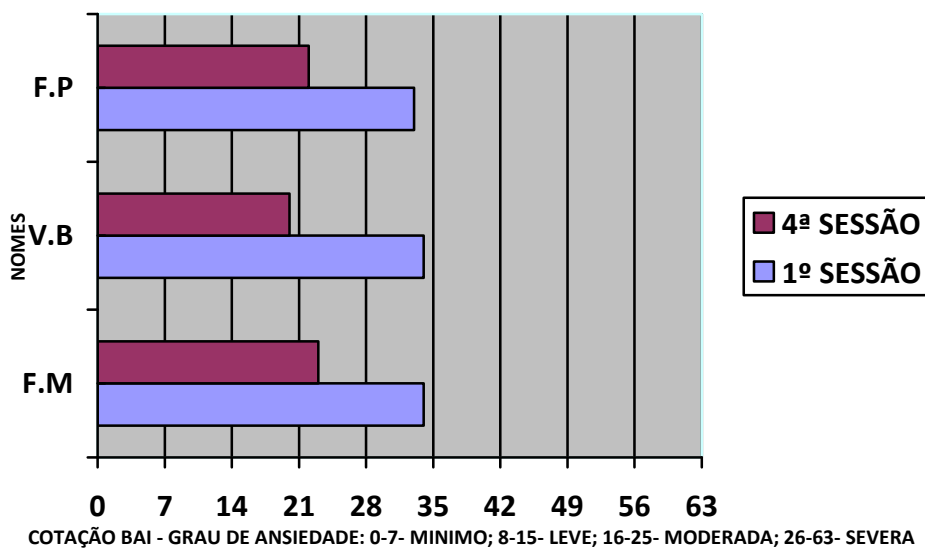
**Gráfico 10** Resultados do STAI Y-1 (fim de cada sessão)



Os resultados obtidos no final de cada sessão demonstram que houve diminuição do nível de ansiedade. Os doentes na última sessão comparativamente à primeira apresentavam um nível de ansiedade menor, passando de um nível elevado para um nível moderado de ansiedade.

Da mesma forma gráfica, apresento o grau de ansiedade avaliada segundo BAI na primeira e na última sessão. (gráfico 3)

**Gráfico 11** Resultados do BAI (início da 1ª sessão e no final da 4ª sessão de relaxamento)



Na avaliação do gráfico anterior é possível verificar que o nível de ansiedade dos três doentes analisados diminuiu. Os resultados segundo a BAI demonstram que os doentes apresentam um nível de ansiedade severa na primeira sessão e um nível moderado de ansiedade na última sessão de relaxamento.

Assim, tendo em conta os instrumentos (BAI e STAI Y-1) utilizados verifica-se que, os resultados obtidos estão em concordância com ambos os instrumentos ou seja, os doentes apresentam um menor nível de ansiedade. Desta forma posso admitir que, as sessões de relaxamento foram de encontro ao meu objectivo que visava a diminuição do nível de ansiedade dos doentes.

Analisando ainda os resultados das intervenções através da avaliação dos sintomas físicos (através da tensão arterial e pulso) pude constatar que, apesar de haver algumas diferenças estes não dão grande visibilidade aos resultados obtidos.

#### 4. REFLEXÃO FINAL

A análise dos resultados obtidos veio ditar que as intervenções enfermagem realizadas nomeadamente técnicas de relaxamento, reduzem os níveis de ansiedade dos doentes com Transtorno da Ansiedade e privados da liberdade. No entanto, tenho consciência que estes resultados não são suficientes para ter evidência científica (por não ser um trabalho em formato de investigação) mas,

antes indicar um caminho a ser seguido no futuro para vencer ou minimizar os sintomas de ansiedade para ajudar o doente a readquirir ou melhorar a sua capacidade funcional.

As sessões de relaxamento permitiram ainda a possibilidade de trabalhar a interacção, a auto e hetero-confiança, a partilha de experiências e de emoções expressas. Durante as sessões foi possível perceber que a ansiedade manifestada se devia essencialmente a: uma alteração psicossocial motivada pela condição de reclusão (inadaptação à mudança de vida), à dificuldade em controlar os sintomas e à dificuldade de aceitação do estado de saúde actual.

Os instrumentos utilizados (BAI e STAI Y-1) mostraram-se adequados à população em causa, para quantificar o grau de ansiedade experimentado pelos doentes. As actividades/intervenções desenvolvidas proporcionaram-me alcançar o objectivo a que inicialmente propôs ou seja, diminuir o nível de ansiedade em particular nos doentes mentais e privados da liberdade.

Pessoalmente foi muito gratificante conduzir e trabalhar pela primeira vez com um grupo com estas características o que também me trouxe algumas dificuldades aliadas à minha inesperienza. Permitiu-me desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de SMP nomeadamente no âmbito da psicoterapia, socioterapia e psicoeducação, à pessoa nesta etapa da vida de forma a otimizar a sua saúde mental, intervindo especificamente na redução dos sintomas de ansiedade do grupo e a cada elemento em particular.

Por outro lado, considero ter contribuído para dinamização do serviço com o desenvolvimento e implementação desta actividade denominada “Sessões de Relaxamento”. Este pequeno projecto de intervenção vai continuar a realizar-se por mim e pelo terapeuta ocupacional no dia e hora definida.

Segundo os resultados obtidos e o relato dos doentes posso aferir que, as sessões foram e vão continuar a ser pertinentes. Alguma eficácia alcançada destas quatro sessões pode ser melhorada com a sua continuidade objectivando a redução ou eliminação dos sintomas de ansiedade que certamente se traduzem em ganhos para a saúde do doente.

Queria ainda agradecer a todas as pessoas que directamente ou indirectamente participaram e me ajudaram na concretização este projecto.

Para terminar queria deixar uma citação que a meu entender traduz o verdadeiro significado de ansiedade:

“ a ansiedade é um vazio entre o agora e o depois. O agora engloba tudo que existe. O passado já foi e o futuro ainda não é. O agora inclui o equilíbrio de estar aqui, é o experienciar, o envolvimento, o fenómeno, a consciência”. PERLS, A

## **BIBLIOGRAFIA**

APA, A.P.A.-. (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.<sup>a</sup> ed. ed.). Lisboa: Climepsi.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0, Geneva, 2005; ISBN: 92-95040-36-8

CUNHA, J. A. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DAVIES, Hannah; REES, Janice – Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance - Nursing Standard. s/ ISSN. Vol. 14, nº 28 (Março,2000). 35-38.

LORIA M. B., JOANNE McCloskey D. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) 4<sup>a</sup> Edição ,Editora: Artmed, São Paulo ISBN: 9788536309941

MOORHEAD, S. et al, Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Artmed Editora SA, 3<sup>a</sup> Edição, São Paulo, 2008

SILVA, D. R. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In M. M. Gonçalves, M. R. Simón, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. (vol. I). Coimbra: Quarteto Editora.

SPIELBERG, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene (2003). Inventário de Ansiedade Traço-Estado. 2<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: CEPA.

## **ANEXOS**

## ANEXO I - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Na tabela estão descritos sintomas comuns à ansiedade. Indique os sintomas que apresentou durante a última semana incluindo hoje.

		Ausente (0)	Suave, não me incomodou muito (1)	Moderado é desagradável mas consigo suportar (2)	Severo, quase não consigo suportar (4)
1	Dormência ou formiguento				
2	Sensações de Calor				
3	Tremor nas pernas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo de acontecimentos maus				
6	Confuso ou delirante				
7	O coração bate forte e rápido				
8	Inseguro				
9	Assustado				
10	Nervoso				
11	Sensação de sufocamento				
12	Tremor das mãos				
13	Trémulo				
14	Medo de perder o controlo				
15	Dificuldade de respirar				

16	Medo de morrer				
17	Assustado				
18	Indigestão ou desconforto abdominal				
19	Desmaios				
20	Rubor facial				
21	Sudorese (não devido ao calor)				
TOTAL					

Beck, A.T; Epstein. N.; e tal. Na Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consul. Clin. Psychol 1988; 56:893-897

Grau de ansiedade (pontos)

0-7 Grau mínimo de ansiedade

8-15 Ansiedade leve

16-25 Ansiedade moderada

26-63 Ansiedade severa

Cotação

- (1) = 0(pontos)
- (2) = 1(pontos)
- (3) = 3(pontos)
- (4) = 4(ponto)

## ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

### STAI Y - 1 (State Trait Anxiety Inventory)

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Leia com atenção e indique como se sente neste preciso momento, assinale com X.

	Estado ansiedade	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1	Sinto-me calmo				
2	Sinto-me seguro				
3	Estou tenso				
4	Estou esgotado				
5	Sinto-me à vontade				
6	Sinto-me perturbado				
7	Estou preocupado com desgraças que podem vir a acontecer				
8	Sinto-me satisfeito				
9	Sinto-me assustado				
10	Estou descansado				
11	Sinto-me confiante				
12	Sinto-me nervoso				
13	Estou inquieto				
14	Sinto-me indeciso				
15	Estou				

	descontraído				
16	Sinto-me contente				
17	Estou preocupado				
18	Sinto-me confuso				
19	Sinto-me uma pessoa estável				
20	Sinto-me bem				
TOTAL					

SILVA D: O inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. Ed M Gonçalves, M Simões, L Almeida, C Machado. Quarteto Editora. Coimbra 2003

Grau de ansiedade (pontos)

0-30 = Baixo

31-49=Médio

>50 = Elevado

Cotação



Escala tipo Likert 4 a 1 (Nada =4; Um pouco =3; Moderadamente=2 e Muito=1)



Escala tipo Likert 1 a 4 (Nada =1; Um pouco =2; Moderadamente=3 e Muito=4)

### ANEXO III – PLANO 1ª SESSÃO DE RELAXAMENTO

HOSPITAL PRISIONAL SÃO JOÃO DE DEUS - CLINICA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (CPSM)				
PLANEAMENTO DA SESSÃO SOCIO-RECREATIVA- PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE (1ª SESSÃO)				
Realizado por: Sara Ribeiro		Enf. <sup>a</sup> Orientadora: M <sup>a</sup> do Céu	Colaboração do T. O: Dr. Fausto	DATA DA SESSÃO: 18/05/2010
Destinatários: 6 doentes internados na CPSM (excepto doentes com sintomatologia psicótica positiva)			Local: Sala Reuniões do serviço	
Duração: 40 a 45 minutos	Frequência: semanal (terça-feira, 11H)		Material: Colchões, almofadas e CD	
OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS		ACÇÕES/INTERVENÇÕES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ mover o relaxamento e a intensificação de habilidades sociais;</li> <li>✗ Estabelecer uma interacção terapêutica com o doente;</li> <li>✗ Diminuir a ansiedade no doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Contribuir para que o doente se concentre nas sensações de relaxamento;</li> <li>✗ Promover a diminuição dos fluxos de pensamento;</li> <li>✗ Prevenir a acumulação de stress;</li> <li>✗ Aumentar a concentração e memória;</li> <li>✗ Diminuir a insónia e o cansaço;</li> <li>✗ Diminuição da tensão muscular;</li> <li>✗ Diminuição da frequência e intensidade do ritmo cardíaco;</li> <li>✗ Diminuição da frequência respiratória.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Criar um ambiente silencioso, sem interrupções, com iluminação moderada e temperatura confortável;</li> <li>✗ Colocar música propícia;</li> <li>✗ Usar uma abordagem calma e segura;</li> <li>✗ Reunir os doentes;</li> <li>✗ Explicar em que consiste a actividade;</li> <li>✗ Planear actividade física;</li> <li>✗ Avaliar a TENSÃO ARTERIAL e pulso;</li> <li>✗ Aplicar escalas de avaliação do grau de ansiedade do doente, no início e no fim da sessão, Escala de BECK e STAI Y.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Oferecer reforço positivo para a participação nas actividades</li> <li>✗ Utilização de técnicas psicoterapêuticas incluindo a utilização de interacções entre os membros do grupo;</li> <li>✗ Exercício físico;</li> <li>✗ Iniciar a sessão de relaxamento, utilizando as etapas de relaxamento progressivo (etapas em anexo);</li> <li>✗ Usar tom de voz baixo, com um encadeamento de palavras lento e rítmico</li> <li>✗ Orientar o doente para relaxar e deixar as sensações acontecerem;</li> <li>✗ Avaliar a sessão de relaxamento, através de conversa com os doentes, reavaliação da Tensão Arterial e pulso.</li> </ul>	

## ANEXO IV – PLANO 2ª E 3ª SESSÃO DE RELAXAMENTO

HOSPITAL PRISIONAL SÃO JOÃO DE DEUS - CLINICA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (CPSM)			
PLANEAMENTO DA SESSÃO SOCIO-RECREATIVA- PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE			
Realizado por: Sara Ribeiro	Enf. <sup>a</sup> Orientadora: M <sup>a</sup> do Céu	Colaboração do T. O: Dr. Fausto	DATA DA SESSÃO: 25/05/2010 01/06/2010
Destinatários: 6 doentes internados na CPSM (excepto doentes com sintomatologia psicótica positiva)		Local: Sala Reuniões do serviço	
Duração: 40 a 45 minutos	Frequência: semanal (terça-feira, 11H)	Material: Colchões, almofadas e CD	
OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACÇÕES/INTERVENÇÕES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Promover o relaxamento e a intensificação de habilidades sociais;</li> <li>✘ Estabelecer uma interacção terapêutica com o doente;</li> <li>✘ Diminuir a ansiedade no doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Contribuir para que o doente se concentre nas sensações de relaxamento;</li> <li>✘ Promover a diminuição dos fluxos de pensamento;</li> <li>✘ Prevenir a acumulação de stress;</li> <li>✘ Aumentar a concentração e memória;</li> <li>✘ Diminuir a insónia e o cansaço;</li> <li>✘ Diminuição da tensão muscular;</li> <li>✘ Diminuição da frequência e intensidade do ritmo cardíaco;</li> <li>✘ Diminuição da frequência respiratória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Criar um ambiente silencioso, sem interrupções, com iluminação moderada e temperatura confortável;</li> <li>✘ Colocar música propícia;</li> <li>✘ Usar uma abordagem calma e segura;</li> <li>✘ Reunir os doentes;</li> <li>✘ Explicar em que consiste a actividade;</li> <li>✘ Planear actividade física;</li> <li>✘ Avaliar a TENSÃO ARTERIAL e pulso;</li> <li>✘ Avaliação do grau de ansiedade do doente, no inicio e no fim da sessão com o STAI Y 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Oferecer reforço positivo para a participação nas actividades</li> <li>✘ Utilização de técnicas psicoterapêuticas incluindo a utilização de interacções entre os membros do grupo;</li> <li>✘ Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos;</li> <li>✘ Ajudar o doente a desenvolver a auto e hetero confiança;</li> <li>✘ Iniciar a sessão de relaxamento, utilizando as etapas de relaxamento progressivo (anexo);</li> <li>✘ Orientar o doente para relaxar e deixar as sensações acontecerem usando um tom de voz baixo, com um encadeamento de palavras lento e rítmico;</li> <li>✘ Avaliar a sessão de relaxamento, através do dialogo com os doentes, reavaliação da Tensão Arterial, pulso.</li> <li>✘ Monitorizar da resposta à actividades aplicando escala de avaliação de ansiedade.</li> </ul>

## ANEXO V – PLANO 4ª SESSÃO DE RELAXAMENTO

HOSPITAL PRISIONAL SÃO JOÃO DE DEUS - CLINICA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (CPSM)			
PLANEAMENTO DA SESSÃO SOCIO-RECREATIVA- PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE			
Realizado por: Sara Ribeiro		Enf. <sup>a</sup> Orientadora: M <sup>a</sup> do Céu	Colaboração do T. O: Dr. Fausto
Destinatários: 6 doentes internados na CPSM (excepto doentes com sintomatologia psicótica positiva)			Local: Sala Reuniões do serviço
Duração: 40 a 45 minutos	Frequência: semanal (terça-feira, 11H)	Material: Colchões, almofadas e CD	
OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACÇÕES/INTERVENÇÕES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Promover o relaxamento e a intensificação de habilidades sociais;</li> <li>✗ Estabelecer uma interacção terapêutica com o doente;</li> <li>✗ Diminuir a ansiedade no doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Contribuir para que o doente se concentre nas sensações de relaxamento;</li> <li>✗ Promover a diminuição dos fluxos de pensamento;</li> <li>✗ Prevenir a acumulação de stress;</li> <li>✗ Aumentar a concentração e memória;</li> <li>✗ Diminuir a insónia e o cansaço;</li> <li>✗ Diminuição da tensão muscular;</li> <li>✗ Diminuição da frequência e intensidade do ritmo cardíaco;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Criar um ambiente silencioso, sem interrupções, com iluminação moderada e temperatura confortável;</li> <li>✗ Colocar música propícia;</li> <li>✗ Usar uma abordagem calma e segura;</li> <li>✗ Reunir os doentes;</li> <li>✗ Explicar em que consiste a actividade;</li> <li>✗ Planear actividade física;</li> <li>✗ Avaliar a TENSÃO ARTERIAL e pulso;</li> <li>✗ Aplicar escalas de avaliação do grau de ansiedade do doente, no início e no fim da sessão, (STAI Y.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Oferecer reforço positivo para a participação nas actividades</li> <li>✗ Abordar a questão de novos membros poderem ou não juntar o grupo a qualquer momento;</li> <li>✗ Utilização de técnicas psicoterapêuticas incluindo a utilização de interacções entre os membros do grupo;</li> <li>✗ Ajudar o doente a identificar as situações precipitantes de ansiedade através da partilha entre si;</li> <li>✗ Estimulação dos membros a melhorar a comunicação;</li> <li>✗ Iniciar a sessão de relaxamento progressivo 2ª etapas Jacobson (anexo VIII);</li> <li>✗ Orientar o doente para relaxar e deixar as sensações acontecerem usando um tom de voz baixo, com um encadeamento de palavras lento e rítmico;</li> <li>✗ Avaliar da sessão, (diálogo com os doentes, reavaliação da Tensão Arterial, pulso.</li> <li>✗ Avaliação das quatro sessões realizadas;</li> <li>✗ Monitorizar da resposta às actividades aplicando escala de avaliação de ansiedade.</li> </ul>

## ANEXO VI – COTAÇÃO FINAL DA ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK - COTAÇÃO FINAL		
	1ª SESSÃO – 18/05/2010	4ª SESSÃO – 15/06/2010
<b>NOMES</b>		
F.M	34	23
F.P	33	22
D.C	38	EXCLUÍDO (na 2ª Sessão)*
S.M	28	
L.C	24	
O.D	18	
F.Q	16	
V.B	34	20
R.C	40	ALTA
J.L	39	ALTA

## ANEXO VII – COTAÇÃO ESCALA STAI Y 1

1ª SESSÃO – 18/05/2010				
NOMES	COTAÇÃO FINAL		TENSÃO ARTERIAL e PULSO	
	ESCALA STAI Y 1 (INICIO)	ESCALA STAI Y 1 (FIM)	INICIO	FIM
F.M	60	58	TA:114/66; P:99	TA:112/63; P:98
F.P	65	52	TA:102/72 P:88	TA:100/77; P:84
D.C	63	60	TA:104/72; P:88	TA:102/71; P:77
V.B	56	55	TA:123/88; P:113	TA:114/80; P:104
R.C	49	47	TA:124/7 ;P:124	TA:120/77 ;P:100
J.L	64	60	TA:106/79; P:89	TA:110/73; P:74
2ª SESSÃO – 25/05/2010				
NOMES	COTAÇÃO FINAL		TENSÃO ARTERIAL e PULSO	
	ESCALA STAI Y 1 (INICIO)	ESCALA STAI Y 1 (FIM)	INICIO	FIM
F.M	48	42	TA:122/73; P. 103	TA:118/63; P. 93
F.P	58	54	TA:124/78; P. 105	TA:121/75; P. 100
D.C	58	57	TA:96/68; P. 106	TA:124/78; P. 88
V.B	57	46	TA:117/80; P. 111	TA:111/78; P. 102
3ª SESSÃO – 01/06/2010				
NOMES	COTAÇÃO FINAL		TENSÃO ARTERIAL e PULSO	
	ESCALA STAI Y 1 (INICIO)	ESCALA STAI Y 1 (FIM)	INICIO	FIM
F.M	58	50	TA:127/67; P. 77	TA:127/67; P. 94
F.P	55	50	TA:109/74; P. 99	TA:109/74; P. 89
D.C	EXCLUÍDO			
V.B	58	48	TA:147/89; P. 101	TA:127/79; P. 100
4ª SESSÃO – 8/06/2010				
NOMES	COTAÇÃO FINAL		TENSÃO ARTERIAL e PULSO	
	ESCALA STAI Y 1 (INICIO)	ESCALA STAI Y 1 (FIM)	INICIO	FIM
F.M	48	46	TA:121/63; P. 99	TA:118/63; P. 93
F.P	46	43	TA:99/62 P:88	TA:100/60; P:84
D.C	EXCLUÍDO			
V.B	53	50	TA:125/88; P:103	TA:114/80; P:103

## ANEXO VIII - RELAXAMENTO PROGRESSIVO (JACOBSON 1964)

### PREPARAÇÃO:

- A. Avaliação da tensão e frequência cardíaca.
- B. Procurar uma posição confortável, numa cadeira ou deitado com almofada a apoiar o pescoço, fechar os olhos, fazer respiração abdominal e tentar não mover da posição inicial durante o exercício.
- C. A tensão muscular de cada grupo muscular deve ser repentina (descontração rápida). A sequência tensão - relaxamento de cada grupo muscular é repetida até se conseguir o relaxamento nos músculos. Dois indicadores de relaxamento são: calor ou peso.

### ETAPAS DO EXERCÍCIO

- 1. Feche a mão direita. Sinta a tensão na mão e antebraço. Agora largue. Repita
- 2. Empurre o cotovelo da direita contra a cadeira ou contra o chão. Sinta a tensão que isto causa nos bíceps. Quando se sentir bem, largue a tensão e note a diferença. Repita
- 3. Como 1 à esquerda
- 4. Como 2 à esquerda
- 5. Levante as sobrancelhas e faça rugas na testa.
- 6. Feche os olhos com força e levante o nariz.
- 7. Cerre os dentes com uma força média e puxar os cantos da boca para trás;
- 8. Para causar tensão do pescoço, puxar o queixo para o peito sem deixar tocar.
- 9. Inspire, suspenda a respiração e puxe os ombros para trás até as omoplatas se tocarem. Sinta a tensão nos ombros, peito e costas.
- 10. Contrair músculos abdominais;
- 11. Contraia os músculos da coxa da direita.
- 12. Empurre os dedos do pé direito para cima de forma a que a barriga da perna fique dura.
- 13. Vire o pé direito para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta bem a tensão que isto causa na parte do meio do pé.
- 14. Como 11 à esquerda
- 15. Como 12 à esquerda
- 16. Como 13 à esquerda



**APÊNDICE H – “PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM MEIO PRISIONAL –  
PROMOVER ESTRATÉGIAS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM DOENTES  
COM DEPRESSÃO”**

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**



---

# **PROJECTO DE INTERVENÇÃO em MEIO PRISIONAL**

**PROMOVER ESTRATÉGIAS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM DOENTES COM DEPRESSÃO**

Sara Ribeiro nº 192009126

---

**Campus de Sintra, Julho de 2010**

## INDICE

<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>3.OBJECTIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>4.ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1. PRIVAÇÃO DA LIBERDADE .....</b>	<b>10</b>
<b>4.3.DEPRESSÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>4.4 SUICIDIO, IDEACÃO SUICIDA E RISCO DE SUICIDIO .....</b>	<b>18</b>
4.4.1. Factores de risco de suicídio.....	19
4.4.2. Gestão do risco de suicídio .....	20
4.4.3. Intervenções de enfermagem – doente com depressão com risco de suicídio preconizadas pela NIC: .....	21
<b>5. ESTRATÉGIA/ACTIVIDADES E RECURSOS .....</b>	<b>23</b>
<b>6.AVALIAÇÃO/REFLEXÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO I: CRONOGRAMA DO PI .....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO II - ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICIDIO .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO III – INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO DE BECK .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO IV – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA IDEACÃO SUICIDA</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO V – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA TENTATIVA DE SUICIDIO E SUICIDIO CONSUMADO .....</b>	<b>42</b>

## **INDICE DE TABELAS**

Tabela 1: Objectivo específico I: Avaliar o risco/ideação suicida em doentes reclusos .	23
Tabela 2: Objectivo específico II: Avaliação dos sintomas depressivos em doentes reclusos .....	23
Tabela 3 Objectivo específico III: Elaborar protocolos de intervenção de enfermagem para ideação suicida, intenção suicida e suicídio consumado .....	24

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ARS – Avaliação do Risco de Suicídio

BDI – Inventário de Depressão Beck

CRP- Constituição da República Portuguesa

DGSP – Direcção Geral dos Serviços Prisionais

DSM IV- Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

HPSJD – Hospital Prisional São João de Deus

NIC – Classificação Internacional de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

PI – Projecto de Intervenção

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de especialização de saúde mental e psiquiatria, foi solicitado a realização de um projecto de intervenção como elemento de avaliação da disciplina de enfermagem em saúde mental.

Como futura enfermeira especialista torna-se de extrema importância poder intervir no sentido de promover ganhos para a saúde para a pessoa/doente/família individualmente e em comunidade ao longo do ciclo vital. Assim, a elaboração deste Projecto de Intervenção (PI) na área da saúde mental vem de alguma forma contribuir para a aquisição de competências nesse âmbito. Ambiciono para tal, fazer uma reflexão sobre a prática, não apenas no sentido de diagnosticar problemas mas também para aplicar os conhecimentos teóricos para assim propor possíveis soluções.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) determina que, a intervenção do enfermeiro especialista em SMP seja abrangente, “ a pessoa ao longo do ciclo de vida “dirigida aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009).

Neste contexto e com o objectivo de dar o meu contributo resolvi abordar a temática “ Promover estratégias na prevenção do suicídio em doentes com depressão”. O tema surge de um problema identificado junto da equipa de saúde da instituição em causa e de um interesse pessoal decorrente da experiência e crescimento pessoal/profissional vivenciados no meu dia-a-dia com o intuito promover estratégias de intervenção na área da prevenção nesse campo de acção. Na construção do presente projecto, enfatizadas todas etapas da metodologia de elaboração de projectos desde, o diagnóstico da situação e justificação do projecto a aplicar, passando pelos objectivos que procuro atingir, enquadramento teórico, actividades/intervenções, sem esquecer os recursos humanos, materiais e temporais.

A primeira etapa, ou seja, o diagnóstico da situação assume um papel preponderante na determinação da pertinência do PI.

## 2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O presente projecto de intervenção procura atender a uma problemática identificada a partir de uma realidade previamente observada em contexto de estágio referente ao módulo I – intervenção na crise.

Como referi previamente foi diagnosticado junto da equipa a necessidade de melhorar as intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de estratégias de prevenção do suicídio em doentes com o diagnóstico de depressão. Assim, é imperativo avaliar o risco de suicídio em doentes com o diagnóstico de depressão e identificar os principais sintomas apresentados pelo mesmo.

O local do presente momento de estágio, que é também o meu contexto de trabalho, decorre numa instituição com a missão de prestar cuidados de saúde especializados a pessoas privadas da liberdade. Castiglione em 1998 acredita que “ a prisão deve ter objectivo que tem a educação da infancia na escola e na família; preparar o individuo para o mundo a fim de conviver tranquilamente com os seus semelhante. Segundo Knowles cit. por Davies & Rees (2000) “ A limitação do contacto social, pode ser considerada como a principal causa de stress e alterações de comportamento verificadas durante os períodos de isolamento hospitalar...”. Os mesmos autores, constataram ainda que “...apenas 8 horas de isolamento resultam em aumento significativo da ansiedade (...) uma baixa de auto-estima e sensação de perda de controlo, assim como uma maior incidência de depressão”. (p. 32-35).

Por sua vez, a doença mental e a condição de reclusão associando-se um quadro de depressão com alguma frequência desencadeia actos de autodestruição, tentativas de suicídio/suicídio.

Atendendo ao anteriormente exposto, parece-me de todo pertinente reflectir sobre as temáticas da depressão e suicídio. Em contexto real, com alguma frequência, a equipa de saúde depara-se com episódios auto destrutivos (mais frequentes, auto mutilação e enforcamento) praticados pelos doentes. Na experiencia profissional da equipa de saúde as razões pelas quais são cometidos esses actos são na maioria das vezes por: uma forma de pedido de ajuda, por baixa tolerância à frustração ou por mera chamada de atenção. No entanto, é de referir que as taxas de suicídio consumado são praticamente nulas sendo que, no ano 2009 até à presente data não houve mortes por suicídio no

serviço. O presente PI consiste em, identificar a severidade dos episódios depressivos e o risco de suicídio dos doentes com esse diagnóstico para depois estruturar intervenções de enfermagem eficazes para a ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Faz também parte integrante do PI, um instrumento de avaliação da sintomatologia da depressão (BDI) e uma escala de avaliação do risco suicídio (OMS, 2006). Os instrumentos/escalas serão aplicadas durante a entrevista inicial ao doente com o diagnóstico à partida de depressão para em conjunto com os dados recolhidos na entrevista se poderem definir e planear as intervenções de enfermagem a realizar.

A escala de avaliação da intensidade dos sintomas depressivos deve ser aplicada no momento da admissão do doente e reavaliada sempre que o enfermeiro considerar que houve alterações do estado saúde do doente. De igual forma deverá ser aplicada a escala de avaliação de risco de suicídio que varia no que se refere à periodicidade de avaliação. Conforme foi decidido em equipa, a escala que estima a gravidade do risco de suicídio deverá ser avaliada de acordo com o resultado obtido na primeira avaliação isto é, na ausência de risco ou leve risco de suicídio avaliação é feita no momento da admissão e a reavaliação apenas será feita se o enfermeiro percepcionar alterações, num risco moderado de cometer o suicídio a avaliação deve ser semanal e no risco elevado ou severo avaliação deve ser diária. Salvaguardo uma vez mais que, em qualquer das situações referidas anteriormente, o enfermeiro reavalia e ajusta as intervenções de acordo com as alterações percepcionadas.

Sumarizando, o desafio a que me proponho a concretizar com o PI consiste em: avaliar/definir as intervenções desde o momento do acolhimento do doente com depressão (entrevista inicial), para auxiliar a avaliação inicial serão aplicadas escalas (BDI e Escala do Risco de Suicídio da OMS). Posteriormente e de acordo com a avaliação prévia da intensidade da sintomatologia depressiva, do grau de risco de suicídio e os dados recolhidos na entrevista inicial segue-se a elaboração de um plano de actuação do enfermeiro no sentido de promover estratégias na prevenção do suicídio em doentes com depressão.

### 3. OBJECTIVOS

Os objectivos visam esclarecer os fins que pretendo atingir com o PI. O objectivo geral possuiu uma dimensão ampla a ser atingido a curto médio prazo. Os objectivos específicos assumem uma dimensão mais restrita, assumindo uma temporalidade mais imediata (curto prazo) e delimitam as acções complementares para o alcance do objectivo geral.

■ OBJECTIVO GERAL – Promover estratégias de prevenção do suicídio em doentes com depressão

■ OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- I. Avaliar o risco/ideação suicida em doentes reclusos.
- II. Avaliação dos sintomas depressivos em doentes reclusos.
- III. Elaborar protocolos de intervenção de enfermagem para ideação suicida, intenção suicida e suicídio consumado.

#### 3.1 OPERACIONALIZAÇÃO DO OBJECTIVO ESPECIFICO I

Uma vez que a avaliação física e mental do doente esteja completa, é importante classificar o risco do suicídio em termos da sua severidade. Existe uma variedade considerável de escalas para avaliação do risco de suicídio no entanto, a dificuldade é obter as autorizações e as respectivas cotações para poder avaliar os resultados. Após alguma procura verifiquei que existe um documento que faz parte de uma série de recursos dirigidos a grupos profissionais específicos que são particularmente relevantes na prevenção do suicídio publicada pela OMS (2006) onde foi utilizada uma escala de avaliação do risco de suicídio (ARS). A escala é de rápido preenchimento e de fácil interpretação, varia de zero a cinco pontos, desde o risco inexistente ao risco extremo de suicídio sendo que, igual a 1 o risco de suicídio é inexistente; 2 existe um leve risco; 3 risco moderado; 4 risco severo e 5 risco extremo.

Os doentes com leve risco de suicídio geralmente requerem reavaliações e seguimento periódicos (na admissão do doente e quando se justificar) para avaliar o grau da ideação suicida porque esta pode elevar-se para um risco moderado ou severo. Os doentes com risco moderado necessitam de uma avaliação recorrente (semanalmente e SOS),

vigilância, com envolvimento activo dos sistemas de suporte, farmacoterapia e psicoterapias. No risco severo/extremo poderão ser executadas intervenções restritivas, tipicamente inevitáveis, que podem conduzir ao internamento compulsivo (avaliação deve ser diária e em SOS). Por estas razões, o ambiente deve ser incondicionalmente seguro.

Concretamente, a escala de ARS irá ser aplicada a quando da admissão do doente com depressão. Dependendo risco de suicídio assim será determinada a periodicidade de reavaliação da mesma nomeadamente, risco inexistente ou leve – quando haja alterações que justifiquem uma reavaliação; risco moderado – avaliação semanal (ou SOS), risco severo ou extremo – avaliação diária.

### 3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DO OBJECTIVO ESPECÍFICO II

Para operacionalização deste objectivo após uma avaliação pormenorizada do estado do doente, físico e mental, pretendo mensurar a sintomatologia depressiva apresentada com o intuito de avaliar a intensidade da depressão.

Nesta sequência, e após pesquisa bibliografia constatei que existem várias escalas para “medir” a Depressão. No entanto, considerei o Inventário de Depressão de Beck (BDI) como instrumento avaliação da sintomatologia depressiva por este se adequar aos requisitos pretendidos e ao contexto onde é pretendido aplicar.

O BDI foi originalmente criado por, Beck, et al (1975) inicialmente para a quantificação dos sintomas depressivos em indivíduos pré-diagnosticados como portadores de quadros depressivos. Posteriormente, foi corrigido como um instrumento que possui propriedades psicométricas para avaliação de sintomas depressivos na população geral. O BDI é uma escala de auto relato constituída por 21 itens cada um com quatro alternativas de resposta, que varia entre os *scores* 0 a 3. (Cunha, 2001). Os itens reportam-se a: 1-tristeza, 2-pessimismo, 3-sentimento de fracasso, 4-insatisfação, 5-culpa, 6-punição, 7-auto-aversão, 8-auto-acusação, 9-idéias suicidas, 10-choro, 11-irritabilidade, 12-retraimento social, 13- indecisão, 14-auto-imagem, 15-dificuldade para trabalhar, 16-insónia, 17- fadiga, 18-perda apetite, 19-perda de peso, 20-preocupações somáticas, 21-perda de libido.

A soma de todos os scores obtidos quantifica a sintomatologia depressiva apresentada pelo doente, nomeadamente:

✓ 0-11: sintomas mínimos/ ausentes



- ✓ 12-19: sintomas leves
- ✓ 20-35: sintomas moderados
- ✓ 36-63: sintomas graves

A aplicação do BDI será feita primeiramente no momento da admissão do doente no serviço. A sua reavaliação está dependente do grau de severidade dos sintomas depressivos apresentados pelo doente nomeadamente, ausentes e leves – quando forem detectadas alterações que justifique nova avaliação; moderados - avaliação semanal (ou SOS); graves – avaliação diária.

### 3.3. OPERACIONALIZAÇÃO DO OBJECTIVO ESPECÍFICO III

Construção de dois protocolos que integram intervenções de enfermagem na ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Um protocolo terá o título intervenções de enfermagem na ideação suicida e outro, intervenções de enfermagem perante a tentativa de suicídio ou suicídio consumado. Na elaboração deste protocolos terei em conta o preconizado pela NIC, CIPE e o MPC SMP.

#### 4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Definida a temática e os objectivos que pretendo alcançar seguidamente farei uma breve revisão bibliográfica, a fim de aprofundar e fundamentar a temática em questão.

##### 4.1. PRIVAÇÃO DA LIBERDADE

Ao abrigo da Constituição da República Portuguesa, “Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança” (Art. 27, nº2)

A privação de liberdade é consequência ao indivíduo condenado pela prática de um crime consequentemente é-lhe aplicada a medidas de segurança, avaliada em função da prática anterior de factos ilícitos tipificados como crimes pelo ordenamento jurídico-legal em vigor.

Num estudo feito com a população reclusa portuguesa Moreira (2005) concluiu que, existia uma forte relação entre a evolução do crime e os processos inerentes à mudança social. Mianayo (1998) acrescenta que “os dados de violência de hoje necessitam de ser vistos no quadro de crise social e de mudanças...”. O indivíduo é influenciado inevitavelmente pelas mudanças da sociedade e consequentemente age em conformidade com os estímulos externos. O comportamento que o indivíduo adopta para reagir aos estímulos influenciados pela baixa tolerância a frustração, capacidade reduzida de compreensão e instantaneidade no ato podem conduzi-lo à privação da liberdade por violação da Lei Constitucional.

Assim, os comportamentos impulsivos poderão ser explicados por questões genéticas, biológicas, sociais (dificuldades económicas e desigualdade social). Outra visão sobre violência e o crime é a participação de pessoas com Doença Mental.

A Esquizofrenia que segundo a DSM IV é um transtorno psicótico com graves perturbações no pensamento, na emoção e no comportamento, com frequência está subjacente à prática do crime. Na maioria dos casos o acto violento ou crime deve-se à presença de “...delírios, principalmente o delírio com conteúdo de controlo ou paranóide”. (Teixeira, 2008, p.171-173). Os transtornos da personalidade

nomeadamente com características anti-sociais são frequentemente causa da prática de crime. A desarmonia da afectividade, do controle dos impulsos, das atitudes e das condutas associados por vezes ao abuso de substâncias interferem no comportamento do indivíduo e no relacionamento interpessoal.

Neste contexto, cabe às autoridades competentes determinar se existe ou não responsabilidade no acto atendendo aos sinais e sintomas da doença para determinar a intencionalidade (dolo) ou execução de um ato que poderia e deveria ser previsto e que, por falta de previsão do agente produziu dano. Segundo (Abdala, 2006, p.40) “... Razões subjectivas, num dado momento, que lhes parecem justificáveis, muitos tomam consciência da gravidade e da irreversibilidade do ato somente depois de cometê-lo”.

O doente mental com frequência é preso por ofensas decorrentes do seu comportamento. Associada à perturbação mental encontra-se com frequência a ideação suicida motivada pela privação da liberdade manifestada por sintomatologias depressiva, ansiosa, psicótica e hostil.

#### 4.3. **DEPRESSÃO**

A depressão é a patologia psiquiátrica mais antiga e mais comum, sendo uma realidade clínica grave, desadaptada e incapacitante (STUART, LARAIA, 2010). Classificada como uma perturbação do humor (também denominadas por perturbações do afecto), segundo Hoyo (2005) a depressão é um problema psíquico muito frequente, podendo ser provocada por uma série de factores, relacionados com uma certa predisposição, que favorece o desenvolvimento do problema e por outros factores precipitantes, que a podem desencadear a qualquer momento, embora nem sempre presentes. É de realçar que é uma patologia transversal a todos os grupos etários e sócio-económicos, afirmando-se que o indivíduo está depressivo quando a tristeza dura um longo período de tempo (geralmente dois anos ou mais) ou quando começa a interferir no funcionamento normal do dia-a-dia (NEEB, 2000).

Segundo a CIPE depressão é “estado no qual a disposição está reprimida causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça” (2005, p.85). Pode apresentar vários níveis leve, moderado e grave, com ou sem aspectos psicóticos (STUART, LARAIA, 2001). Para a NIC (2005) a depressão é

considerada um distúrbio do humor e identifica os seguintes focos: auto estima diminuída, sono alterado, luto disfuncional, risco de auto agressão, risco de suicídio, angustia espiritual presente, interacção social comprometida, sentimentos de impotência presentes, processo de pensamento alterado e ingestão de alimentos diminuída.

No DSM-IV, os transtornos do humor, nomeadamente os transtornos depressivos estão classificados da seguinte forma:

- Transtorno depressivo maior, que é subdividido em episódio único, ou recorrente.
- Transtorno distímico, que pode ser especificado de acordo com o tipo de início (precoce ou tardio), e de acordo com a presença ou ausência de características atípicas.
- Transtorno depressivo sem outra especificação (SOE).

A Etiologia da depressão varia consoante a teoria em que se sustenta. De acordo com a Teoria Psicanalítica é sustentado que os indivíduos que desenvolveram perdas nas suas vidas são aqueles que desenvolvem depressões, na medida que a perda pode resultar numa alteração nas fases de desenvolvimento que deixará a pessoa inconscientemente incapaz de a ultrapassar (NEEB, 2000).

A Teoria Cognitiva crê que a forma como os indivíduos entendem os acontecimentos e as situações conduz à depressão. Algumas pessoas com tendência para a depressão vão “tornar tudo feio” e dar à situação uma gravidade muito mais profunda do que aquela que realmente tem (NEEB, 2000).

Para os Teóricos biológicos várias explicações surgem: desequilíbrios químicos e laços genéticos. De referir os neurotransmissores envolvidos na depressão dopamina, serotonina e noradrenalina (HOYO, 2005). Existem estudos sobre gémeos idênticos que indicam que se um dos gémeos desenvolver uma perturbação de humor o outro tem 70% das probabilidades de também a desenvolver (NIH, 1993 cit. por NEEB, 2000). Constata-se, igualmente, que o número de mulheres deprimidas é superior ao número de homens deprimidos (desequilíbrio de 2:1), acreditando-se que pode existir uma relação entre as hormonas femininas e os neurotransmissores mencionados anteriormente (NEEB, 2000).

O diagnóstico de perturbação depressiva passa muitas vezes despercebido quer por falta de reconhecimento da depressão como doença quer porque os sintomas são muitas vezes atribuídos a outras causas (*stress*, doenças físicas...). A probabilidade de uma pessoa vir a ter uma depressão depende da intensidade e duração do evento de *stress*, dos factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais e por sua vez as estratégias adoptadas e as reacções de *coping*. Os sintomas da depressão podem surgir por: transtorno de *stress* pós-traumático, demência, esquizofrenia, consumo de substâncias e doenças físicas ou ainda por resposta adaptativa a situações adversas tais como, circunstâncias sociais e/ou económicas. A depressão enquanto síndrome, compreende alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite).

Para o diagnóstico da depressão é necessário atender aos sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais. (Kaplan & Sadock, 2005).

Os sintomas psíquicos incluem: humor depressivo; anedonia; fadiga ou sensação de perda de energia, dificuldade em se concentrar ou de tomar decisões; diminuição da capacidade de pensar, sentimentos de culpa, sentimentos de desvalorização e ruína.

Quanto aos sintomas fisiológicos o doente apresenta: alterações do sono e do apetite; redução da libido e sintomas físicos (dores osteo-articulares, problemas gastro-intestinais, cefaleias...).

Simultaneamente aos sintomas psíquicos e fisiológicos podem surgir com a depressão sintomas comportamentais nomeadamente: isolamento social, crises de choro, comportamentos suicidas e/ou ideias de morte (motivadas por distorções cognitivas) e alterações psicomotoras (inibição psicomotora, lentificação psicomotora porém também poderá haver agitação psicomotora).

Existe uma complexa e controversa dificuldade em classificar os estados depressivos. O humor depressivo é um sintoma psíquico da depressão mas também está presente em muitas outras perturbações psiquiátricas tornando-se indispensável fazer um correcto diagnóstico. O ICD 10 define 10 sintomas como critério para determinar o nível de gravidade do episódio depressivo e o DSM IV definiu 9 sintomas com o mesmo objectivo. O que faz distinguir a classificação da DSM IV do ICD-10 é que, este último

considera a perda de auto-estima como um sintoma diferente do sentimento de culpa inapropriado.

A DSM IV situa a depressão como um episódio depressivo major ou o transtorno bipolar do humor. A DSM IV considera existir um episódio de depressão quando:

- A presença de pelo menos cinco dos seguintes sintomas, pelo período mínimo de duas semanas, sendo que pelo menos o humor depressivo ou a perda de interesse ou prazer, tem que estar presentes:
  - Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
  - Perda de interesse ou prazer na maioria das actividades, durante a maior parte do dia, ocorrendo isto quase todos os dias;
  - Perda ou ganho acentuado de peso na ausência de dieta para tal;
  - Insónia ou hipersónia na maioria dos dias;
  - Existência de agitação ou inibição psicomotora, quase todos os dias;
  - Fadiga ou perda de energia que se manifesta quase todos os dias;
  - Sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa excessiva e inapropriadas;
  - Dificuldades em pensar ou concentrar-se e em tomar decisões, quase todos os dias;
  - Pensamentos recorrentes relativamente à morte e suicídio.
  
- Fazer o diagnóstico diferencial entre depressão major e Episódio Misto;
- Os sintomas decorrentes da depressão provocam mau-estar muito significativo do ponto de vista clínico ou provocam alterações no funcionamento social, ocupacional ou noutra área importante;
- Os sintomas não são provocados por efeitos directos de uma substância ou estado físico;
  
- Os sintomas não têm origem no processo normal de luto, por exemplo, os sintomas os sintomas persistem mais de dois meses, após a perda do ente querido. Também estamos na presença de um caso de depressão se existe uma marcada insuficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de depreciação pessoal, ideias suicidas, sintomas psicóticos ou inibição psicomotora.

Neste contexto, a ICD 10 consiste em um conjunto de sinais e sintomas incluindo a perturbação de humor, tristeza vital, anedonia, irritabilidade e limitação significativa de projectos existenciais, ideias de culpa e auto recriminação. Classifica ainda os episódios depressivos em ligeiros, moderado ou grave, independentemente da presença ou não de sintomas somáticos. Um episódio ligeiro tem de 4 dos 10 sintomas, de 6 de 10 sintomas é um episódio moderado e 8 de 10, o episódio é considerado grave.

SINAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO		
Ligeira	Moderada	Grave
Sensação de stress, fadiga; Sintomas de ansiedade; Ideação suicida (mas auto agressão é rara); Humor varia consoante Momento (feliz ou triste); Concentração diminuída; Consegue trabalhar mas evela sinais de cansaço.	Humor deprimido; Ansiedade Sintomas somáticos (alteração padrão do sono e do apetite); Anedonia, perda de energia; <i>Deficit</i> concentração; Cognições negativas; Lentificação psicomotora; Sentimentos de desesperança; Ideação e intenção suicida; Isolamento social; Perda da libido; Obstipação e amenorreia; Disfuncionalidade (ex. incapacidade de trabalhar)	Os sintomas do episódio depressivo moderado são amplificados; Melancolia profunda e global; Anedonia marcada; Ideação e intenção suicida proeminentes

Harrison (2006, p.170-171)

Apenas uma cada três pessoas com depressão procura ajuda, sendo que com o tratamento aproximadamente 80% das pessoas com depressões graves poderiam ser ajudadas numa questão de poucas semanas (NIH, 1994 cit. por NEEB, 2000).

Alguns dos tratamentos médicos comuns para a depressão passam pelo lítio (muito utilizado na depressão bipolar), antidepressivos (que visam aumentar a quantidade de



neurotransmissores disponíveis na fenda sináptica, tais como inibidores da monoaminoxidase, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação de serotonina), psicoterapia (para ajudar a pessoa e a família na compreensão da patologia, e na aprendizagem da resolução do problema e de comportamentos adaptativos) e terapia electroconvulsiva (ECT, quando se esgotam as outras terapias acima mencionadas).

É relevante uma adesão à terapêutica eficaz, em que a pessoa respeite o seu plano terapêutico, a fim de não diminuir a eficácia do tratamento. A pessoa deve, também, ser alertada para o facto de a terapêutica apenas começar a surtir efeito cerca de duas a quatro semanas após o início do tratamento (HOYO, 2005).

**As intervenções de enfermagem preconizadas pela NIC (2005) para o Distúrbio do Humor – Depressão – são as seguintes:**

<b>Intervenções de Enfermagem - Distúrbio do Humor – Depressão:</b>
Aumentar a auto-estima
Administrar medicação
Apoiar a família
Assistir a pessoa no processo de luto
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)
Aumentar a segurança
Controlar o delírio
Determinar metas com a pessoa
Diminuir a ansiedade
Executar técnica de relação de ajuda
Executar técnica de relaxamento progressivo e musicoterapia
Executar terapia socio-recreativa e por reminiscências
Executar terapia de orientação para a realidade
Executar treino de assertividade
Facilitar sistema de suporte ao doente e família
Gerir o ambiente físico: Prevenção Contra a Violência
Gerir o humor

Isolar a pessoa

Monitorizar a segurança do doente

Prevenir o uso de substâncias

Promover a gestão da culpa e da raiva

Promover comportamento adequado: auto-agressão e deficit de atenção

Promover comportamento sexual adequado Promover o  *coping*  eficaz

Promover esclarecimento de valores e a auto-responsabilização

Promover integridade familiar e a relação complexa

Promover a meditação e aprendizagem

Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais

Promover o sono

Proteger contra o abuso

Restringir áreas

Tratar abstinência de álcool e droga

Tratar sobredosagem de substâncias

Perante o exposto anteriormente, é visível algumas diferenças na identificação dos sintomas da depressão mas, quer na ICD 10 quer na DSM IV e na NIC pode constatar-se que o doente apresenta uma incapacidade ou dificuldade em realizar as actividades de vida diária de forma autónoma.

Segundo Frasilho e Guerreiro “A depressão mais do que qualquer outra doença, prejudica a qualidade de vida dos doentes, e frequentemente, conduzem ao suicídio e para suicídio” (2009, p.117).

Os pensamentos de suicídio variam desde o remoto desejo de estar simplesmente morto, até planos minuciosos de se matar (estabelecendo o modo, o momento e o lugar para o ato). Os pensamentos relativos à morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir actos suicidas, dando ensejo ao doente de se expressar a respeito. “A tendência ao suicídio pode estar associada à depressão...”. Souza (1999, p.18-23).

#### 4.4. SUICÍDIO, IDEIAÇÃO SUICIDA E RISCO DE SUICÍDIO

O suicídio na Europa é a terceira causa de morte em jovens, mais de 90% dos suicídios ocorrem no contexto de doença psiquiátrica, sendo a depressão a que mais contribui para as estatísticas (Frasquilho & Guerreiro, 2009 p. 135)

Segundo a CIPE (2005, p. 47) suicídio significa “comportamento auto destrutivo com características específicas: execução de actividades suicidas que levam à própria morte”. Para Townsend, (2002, p.25). “O suicídio não é um diagnóstico nem um distúrbio, é um comportamento”. Em Portugal, Vaz Serra (1971) utiliza uma definição pragmática: "auto-destruição por um acto deliberadamente realizado para concretizar este fim".

Segundo Stuart e Laraia (2001, p. 418), o suicídio é um comportamento auto destrutivo directo que inclui qualquer forma de actividade suicida, como ameaças, tentativas e gestos suicidas, bem como o suicídio consumado. São consideradas ameaças a distribuição de objectos de valor, testamento, arranjo do funeral, cartas de despedida entre outros. Muitas vezes as ameaças são meramente formas de a pessoa perceber a importância que tem para os outros ou chamada de atenção.

A tentativa é um acto auto destrutivo que causa dano mas que não são suficientes para por fim à vida, são exemplos a intoxicação medicamentosa, o enforcamento, automutilações com intuito construir uma forma de chamar à atenção.

Stuart e Laraia (2001, p. 418) definem automutilação como sendo “ferimentos causados a si mesmo, sem ajuda de outros, e podem ser suficientemente sérios para causar lesões aos tecidos”. São exemplos, cortar, queimar, bater com a cabeça e/ou membros. Segundo Scharfetter (2005, p.330) existem funções intrapessoais desencadeadas pela automutilação nomeadamente: regressão com alteração de consciência, automutilação para impedir a dissociação do eu; automutilação como forma de aliviar o ego pressionado pelo superego; defesa contra a depressão, dor, solidão ou tédio; defesa contra psicoses; defesa contra a despersonalização. As ideias de suicídio, tal como outros sintomas da depressão, podem ser tratadas. Para que o doente possa ser ajudado a equipa de saúde deverá ser conhecedora dos seus pensamentos e sentimentos.

Desta forma, é fundamental consciencializar os profissionais de saúde e concretamente os enfermeiros que, na maioria dos casos as ideias de suicídio e as tentativas de suicídio

são uma manifestação de várias doenças psíquicas, e muito em especial da depressão. O desespero, o desinteresse, a fragilidade, a angústia, a culpa, a falta de auto estima, podem culminar no suicídio.

#### 4.4.1. Factores de risco de suicídio

A avaliação do risco de suicídio faz parte da avaliação psiquiátrica nuclear devendo-se recolher a informação junto de diferentes fontes – doentes, informadores, registos médicos, serviços sociais, entre outros. De acordo com Townsend (2002, P.206) os factores de risco para a prática do para suicídio/suicídio são:

- Estado civil: o dobro das pessoas que cometem suicídio é solteiro;
- Sexo: apesar do sexo feminino apresentar maior número de ideação suicida, são os homens que apresentam maior êxito devido ao recurso utilizado, os homens usam armas enquanto as mulheres aderem mais aos medicamentos;
- Idade, maior na adolescência, sendo o pico 30/40 anos;
- Situação económica: maior taxa de suicídio na classe alta e classe baixa;
- Etnia caucasiana;
- Traços de personalidade hostil, impulsiva e depressão.

A mesma autora acredita que existem factores predisponentes ao suicídio os quais variam de acordo com as teorias psicológica, sociológica e biológica.

A teoria psicológica enquadra a teoria dirigida internamente e a história de agressividade e violência. Segundo Freud (1957), o suicídio era resposta ao intenso ódio que o indivíduo possuía sobre si mesmo, como uma consequência de um desejo reprimido de matar uma outra pessoa ou seja, é um acto agressivo ao eu que era efectivamente dirigido a outros. Na teoria sociológica, Durkheim (1951) estudou a interacção do indivíduo com a sociedade de onde pode concluir que quanto mais coesa é a sociedade e quanto mais o individuo se sentia integrante nela, menor a probabilidade de cometer suicídio. Por sua vez a teoria biologia considerava os factores neuroquímicos os responsáveis pelo suicídio motivado por uma ausência de serotonina e um aumento na ligação dos receptores beta adrenérgicos, ou uma diminuição na ligação do factor de libertação de corticotropina. Na tentativa de suicídio nos actos auto-destrutivos é essencial verificar a sua gravidade através de: Método de alta letalidade (enforcamento, arma de fogo); Premeditação e plano para evitar a descoberta; Sexo

masculino; Presença de depressão grave; Tentativas de suicídio anteriores e Suicídios na família.

Em concordância com Harrison (2006, p.80-81), para avaliação do risco de suicídio é necessário explorar três campos, história, estado mental e o contexto a referir:

☀ História: tentativas anteriores de auto agressão contra si e/ou outros; atitudes recentes que façam suspeitarem de uma agressividade latente (compra de uma arma, fazer um testamento); situações de grande stress ou perdas recentes; perturbações depressivas, psicoses, abuso de substâncias ou perturbações da personalidade.

☀ Estado mental: ideação suicida ou violência, alterações significativas do humor e sintomas psicóticos (especialmente passividade).

☀ Contexto: pormenores demográficos (idade, sexo, situação de emprego ou ocupacional, crise de vida recente, viver sozinho...); abuso de substâncias (álcool e drogas); instabilidade social (ex. fracas relações interpessoais, mudança frequente de morada) e o acesso fácil a armas ou vitimas.

Num estudo realizado por Goss et al (2002) referente a tentativas de suicídio em meio prisional, os resultados demonstraram que dos 124 reclusos que tentaram o suicídio pela primeira vez, 77% padecia de perturbação psiquiátrica. Do estudo sobressai que nas prisões, existe uma elevada taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas e que os comportamentos auto destrutivos estão frequentemente associados às mesmas. Palmer e Connelly (2005) num estudo realizado constataram que reclusos com história de para-suicídio têm mais probabilidade de evidenciar um amplo espectro de características e sintomatologia depressiva. Perante o exposto, parece-me que o diagnóstico da situação ou a problemática identificada no serviço vem de acordo a alguns testemunhos da literatura o que justifica a pertinência deste trabalho.

#### 4.4.2. **Gestão do risco de suicídio**

Na gestão do risco do suicídio as intervenções podem ser a curto ou a longo prazo dependendo do risco identificado a partir da avaliação do doente tendo em conta os factores de risco/ predisponentes.

Quando alguém pensa ou diz: “Não tenho razão para viver (...); Não tenho vontade de viver, preferia morrer... seria um alívio morrer”. Quando alguém, de modo ainda mais claro afirma: “Tenho a ideia de pôr termo à vida”. Ou ainda, quando alguém, levado por um estado de desespero, agiu para preparar o acto de suicídio (e o suspendeu, hesitou...), ou tentou. Estes podem ser algumas formas de expressão de quem realmente precisa de ser ajudado, que podem indicar o risco/severidade do acto que o doente poderá vir a cometer.

As intervenções a curto prazo são: internamento (se necessário compulsivamente); sedação, promover um apoio comunitário adequado, diminuir a tensão e estabelecer relação de ajuda; consciencializar a família e os amigos para o risco, impedir o acesso às armas e avisar as autoridades se necessário.

A longo prazo as intervenções têm por objectivo: tratar de forma eficaz a perturbação mental associada, implementar um programa de cuidados, aliviar o stress psicossocial e promover estratégias positivas de lidar com o problema.

#### 4.4.3. **Intervenções de enfermagem – doente com depressão com risco de suicídio preconizadas pela NIC:**

- ✿ Avaliar o risco de suicídio. Perguntar directamente ao doente: "pensou em matar-se? Se sim o que pretende fazer? Tem os meios para realizar este plano?"
- ✿ Estabelecer uma relação terapêutica e uma observação próxima do doente. Diagnosticar precocemente ideação para o suicídio e tentativas de fuga, para evitar que o doente cometa actos auto destrutivos.
- ✿ Providenciar um quarto próximo do gabinete de enfermagem preferencialmente evitar que fique sozinho. Acompanhar e/ou auxiliar o doente nas satisfação da actividades de vida diária.
- ✿ Encorajar a expressar os seus sentimentos e emoções, permitir que o doente liberte hostilidade e fúria manifesta.
- ✿ Supervisionar a toma da terapêutica e das refeições. Evitar possibilidades de overdose e fugas à toma de medicação.
- ✿ Estabelecer um contrato com o doente garantindo que este não se irá auto-infligir durante um período de tempo específico. Quando este contracto terminar, programar outro.



- ✿ Criar um ambiente seguro para o doente. Remover todos os objectos potencialmente perigosos que possa ter acesso (objectos cortantes, tiras de tecido, cintos, objectos de vidro...), Efectuar revistas ao quarto na medida do necessário.
- ✿ A depressão e comportamentos suicidas podem ser entendidos como virar a fúria para si. Se esta fúria for verbalizada num ambiente não ameaçador, o utente pode eventualmente resolver esses sentimentos.
- ✿ O doente deve sentir que é aceite independentemente dos pensamentos ou comportamento consequentemente aumenta auto estima exigindo-se a este responsabilização pela sua segurança.
- ✿ A segurança do doente é uma das prioridades para o enfermeiro. Ter especial atenção aos momentos em que a equipa pode estar mais ocupada (por rotinas), nesta altura é importante que a vigilância seja mantida.

Sumarizando, neste âmbito a equipa de saúde tem por principal objectivo fazer o controle adequado de uma crise depressiva, a prevenção e a atenuação dos sintomas, para que o doente volte a acreditar na vida e a viver.

## 5. ESTRATÉGIA/ACTIVIDADES E RECURSOS

As estratégias a utilizar informam sobre “o como” projectamos a concretizar a acção. As actividades a desenvolver são seleccionadas em ordem aos objectivos operacionais e dão indicadores sobre o quê que pensamos fazer. Neste contexto, para “**Promover estratégias de prevenção do suicídio em doentes com depressão**” considereirei pertinentes as actividades e os recursos (temporais, materiais, físicos e humanos) seguintes:

**Tabela 1: Objectivo específico I: Avaliar o risco/ideação suicida em doentes reclusos**

ESTRATÉGIAS/ACTIVIDADES	RECURSOS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesquisa bibliográfica;</li> <li>2. Pedir autorização à Direcção do hospital para aplicação da escala de avaliação de risco/ideação suicídio (OMS, 2006); (ANEXO I)</li> <li>3. Reuniões informais com orientador do estágio e com a equipa para dar a conhecer a pretensão do projecto, solicitando a colaboração dos mesmos;</li> <li>4. Discussão em equipa da aplicabilidade da escala;</li> <li>5. Aplicar a escala em três doentes internados;</li> <li>6. Discussão em equipa dos casos;</li> <li>7. Reunir e organizar toda a informação disponível;</li> <li>8. Propor e apresentar a escala de avaliação de ideação/risco de suicídio.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira Directora;</li> <li>• Enfermeiro orientador</li> <li>• Equipa de enfermagem;</li> <li>• Três doentes reclusos;</li> <li>• Equipamento informático;</li> <li>• Processo clínico do doente;</li> <li>• Biblioteca;</li> <li>• Fotocopiadora.</li> </ul>

**Tabela 2: Objectivo específico II: Avaliação dos sintomas depressivos em doentes reclusos**

ESTRATÉGIAS/ACTIVIDADES	RECURSOS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesquisa bibliográfica;</li> <li>2. Pedir autorização à Direcção do hospital para aplicação do instrumento - Inventário de Depressão de Beck (BDI); (Anexo II)</li> <li>3. Reuniões informais com orientador do estágio e com a equipa para aferir a aplicabilidade do documento;</li> <li>4. Aplicar o BDI a três doentes internados;</li> <li>5. Discussão em equipa dos casos;</li> <li>6. Reunião e organização toda a informação disponível;</li> <li>7. Propor e apresentar o instrumento BDI</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira Directora;</li> <li>• Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem;</li> <li>• Doente recluso;</li> <li>• Equipamento informático;</li> <li>• Processo clínico do doente;</li> <li>• Biblioteca;</li> <li>• Fotocopiadora</li> </ul>



**Tabela 3 Objectivo específico III:** Elaborar protocolos de intervenção de enfermagem para ideação suicida, intenção suicida e suicídio consumado

ESTRATÉGIAS/ATIVIDADES	RECURSOS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pesquisa bibliográfica;</li><li>2. Reuniões informais com orientador do estágio;</li><li>3. Discussão em equipa das intervenções de enfermagem a adoptar na ideação/risco suicídio e suicídio;</li><li>4. Reunião e organização de toda a informação disponível;</li><li>5. Elaboração dos protocolos de intervenção; (Anexo IV E V)</li><li>6. Apresentação no serviço do PI;</li><li>7. Aplicação dos protocolos no serviço.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira Directora;</li><li>• orientador e equipa de enfermagem;</li><li>• Equipamento informático;</li><li>• Processo clínico</li><li>• Biblioteca e Manual da Prestação de Cuidados de Saúde em meio prisional.</li></ul>

Garantir a continuidade dos cuidados bem como considerar as perturbações psiquiátricas é um das formas de planeamento eficaz. Os protocolos de intervenção de enfermagem, de acordo com ideação suicida, tentativa de suicídio ou suicídio consumado, preconizam as intervenções de enfermagem a realizar perante as situações referidas. (Anexos IV e V). A construção dos protocolos teve em conta a NIC, a CIPE e Manual de procedimentos para prestação de cuidados de saúde em meio prisional.

## 6. AVALIAÇÃO/REFLEXÃO

A avaliação de um Projecto de Intervenção apesar de estar sempre presente em todo o seu planeamento, constitui a etapa final do processo. Momento este, em que é necessário fazer uma reflexão final e julgar o concretizado face ao planeado, atendendo ao problema ou necessidades inicialmente identificadas. Reflectindo e fazendo uma análise crítica sobre as actividades desenvolvidas a partir dos objectivos delineados, fazemos uma avaliação muito positiva.

Para a elaboração deste projecto tornou-se imperativo fazer um diagnóstico da situação das necessidades de intervenção para a resolução da problemática no serviço. Perante a presença de comportamentos auto destrutivos frequentemente associados à depressão é importante promover estratégias na prevenção do suicídio em doentes com depressão. O presente projecto consiste em, identificar a severidade dos episódios depressivos e o risco de suicídio dos doentes com esse diagnóstico para depois estruturar intervenções de enfermagem eficazes na presença de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. As estratégias anteriormente definidas procuram a resolução do problema identificado.

O ponto de partida para esta caminhada foi contextualizar com alguns estudos existentes na literatura a aplicabilidade do projecto neste contexto. Segundo a literatura como previamente referi, nas prisões, existe uma elevada taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas associados frequentemente a comportamentos auto destrutivos e que, reclusos com história de para-suicídio têm mais probabilidade de evidenciar um amplo espectro de características e sintomatologia depressiva.

O suicídio é, em geral, a expressão final de um estado psíquico de limitação da liberdade. Pensar no suicídio, a ideia de atentar contra a própria vida, é um sintoma frequente das perturbações depressivas, a pessoa já não consegue suportar os sintomas da depressão e vê o suicídio como a solução, a saída do sofrimento, o impacto da doença ou dos acontecimentos de vida experienciados (problemas financeiros, profissionais, conflitos e perdas interpessoais) estão amplamente relacionados com o comportamento autolesivo (Sher et al., 2001), em que a utilização de *coping* adaptativo durante o decurso da doença, reveste-se de grande importância (Moreira, 2008), para a diminuição do sofrimento e aquisição de comportamentos e estratégias de adaptação ao

longo do ciclo vital. Após a pesquisa que contextualiza a pertinência do projecto pude aferir que, este reveste-se de um grande potencial a ser aplicado no contexto.

Posteriormente parti na procura de instrumentos que me permitissem avaliar/mensurar o risco de suicídio e os níveis de depressão. Sobre instrumentos para avaliar os níveis de depressão existe uma grande diversidade e de acesso fácil, contrariamente deparei-me com dificuldades inesperadas em encontrar instrumentos que pudessem avaliar o risco de suicídio. Sobre estes últimos, existe uma grande diversidade no entanto, não estão validados para a população portuguesa e/ou a cotação que permite avaliá-los não está disponível. Tive a oportunidade de partilhar com o autor do artigo sobre “ Perturbação mental e a ideação suicida entre reclusos preventivos” Nuno Moreira algumas considerações sobre a temática onde pude contactar que, o próprio terá tido a mesma dificuldade em encontrar instrumentos de avaliação do risco de suicídio.

Após uma exaustiva pesquisa bibliográfica encontrei dois documentos nomeadamente, o BDI e a ARS, os quais foram apresentados à equipa de forma informal que em consenso consideraram ter aplicabilidade no contexto.

Assim, sequencialmente fiz o levantamento das necessidades em conjunto com equipa, defini os objectivos do projecto contextualizando-os segundo a literatura disponível, selecionei os instrumentos para avaliar/mensurar o grau de severidade dos sintomas depressivos (BDI) e do risco de suicídio (ARS), expus as estratégias e os recursos a serem utilizados para a concretizar os objectivos e por ultimo defini as intervenções de enfermagem de acordo com o risco de suicídio (protocolos).

Reflectindo sobre este projecto considero que poderá ser uma mais-valia para o serviço porque permite identificar desde o momento da admissão as intervenções específicas e especializadas a serem desenvolvidas durante o internamento ao doente, dependendo do grau de risco de suicídio num doente com o diagnóstico de depressão. Por outro lado, ajuda o enfermeiro a gerir os cuidados e consequentemente rentabilizar o tempo. Para o doente, o principal visado, terá sem dúvida ganhos em saúde em usufruir cuidados de enfermagem especializados de forma estruturada desde o momento da admissão.

A implementação propriamente dita, está dependente da autorização da Direcção do Hospital. No entanto, o PI já foi apresentado à direcção de enfermagem do HPSJD e à Direcção Geral dos Serviços Prisionais (de forma informal à Dra. Susana) que

consideram que o projecto tem visibilidade e viabilidade para ser aplicado na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental havendo a possibilidade de este vir a integrar um projecto que está a ser desenvolvido pela DGSP para a prevenção do suicídio nas prisões.

As estratégias e actividades desenvolvidas permitiram a concretização dos objectivos específicos traçados. Excepto, a aplicação dos protocolos no serviço que tal como referi anteriormente, aguardam autorização da Direcção.

O presente projecto proporcionou-me desenvolver competências/habilidades analisando evidências científicas, sobre a metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente; na tomada de decisões fundamentadas para aplicar na prática os resultados no âmbito da prestação de cuidados especializados ao doente com patologia psiquiátrica. Com este projecto como objectivo a médio longo prazo auguro contribuir para a diminuição das tentativas de suicídio que são uma prática com alguma frequência no serviço. A operacionalização deste projecto visa ainda, contribuir para a diminuição dos comportamentos auto destrutivos praticados pelos doentes, nomeadamente tentativas de suicídio que são uma prática frequente no meio prisional.

## **BIBLIOGRAFIA**

APA, A.P.A.-. (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.<sup>a</sup> ed. ed.). Lisboa: Climepsi.

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares - ADEB  
[www.admd.pt/prevenir\\_suicidio/prevenir\\_suicidio.htm](http://www.admd.pt/prevenir_suicidio/prevenir_suicidio.htm)

BECK, Beck, A.T.; Kovacs, M.; Weissmann, A. - Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. *J Consult Clin Psychol* 47: 342-352, 1979.

COHEN, FERRAZ E SERPE. Saúde Mental e Justiça. Ed: USP, 2006.

Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 1999. Maio; 21 (supl.1): 06-11. Del Porto JA.

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA – Coimbra: Almedina. 2008.

CUNHA, J.A. - Manual da versão em português das Escalas de Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo, 171p, 2001.

DIAS CORDEIRO, J.C., “ Manual de Psiquiatria clínica” Fundação Calouste Glubenkian, 3<sup>a</sup> edição, Lisboa, ISBN:972-31-0939-5, 2005;

DURKEIM, E. O Suicídio. Estudo Sociológico. Lisboa: Editorial Presença. 1987.

GOSS, J. R., Peterson, K., Smith, L. W., Kalb, K., & Brodey, B. B. (2002). Characteristics of suicide attempts in a large urban jail system with an established suicide prevention program. *Psychiatric Services*, 53, 574-579

HARRISON, P., et al, “Guia prático de Psiquiatria”, Climepsi Editores, 1<sup>a</sup> edição, Lisboa, 2006, ISBN: 972-796-237-8

HOYO, J.- Enciclopédia da saúde. Aparelho Urinário e Sistema Nervoso. Vol. IV. Setúbal: Marina Editores, 2005. ISBN: 972-8786-63-8.

JOANNE C. Mc Closkey e GLORIA M. Bulechek, Ano: 2004, ISBN: 85-7307-819-7,

KNOWLES, Caroline & Paul Sweetman, 2004, *Picturing the Social Landscape: visual methods and the sociological imagination*, London, Routledge.

LAZURE, H., “Viver a relação de ajuda”, Lusodidata, Lisboa, 1994

LEI DE SAUDE MENTAL – aprovado pela Lei nº36/98 de 24 de Julho.

MINAYO, M. C. de S., & Souza, E. R. de (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, 4(3), 513-531.

MOORHEAD, S. et al, *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, Artmed Editora SA, 3ª Edição, São Paulo, 2008

NEEB, K., “enfermagem de Saúde Mental”, Lusociência, Loures, ISBN:972-8383-14-2, 2000;

NEEB, Kathy – *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-14-2.

PALMER, E. J., & Connelly, R. (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(3), 164-170.

PHANEUF, M., “ Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação”, Lusociência, Loures, 2005;

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - UM RECURSO PARA CONSELHEIROS, Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias, Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso Organização Mundial de Saúde — OMS Genebra 2006

SADOCK, B.J., & SADOCK, V.A. (2007). Kaplan & Sadock - *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (D. Claudia, Trans. 9.ª Edição ed.). S. Paulo: Porto Alegre: Artmed.



SAMPAIO, D. (1987). Suicídio e autópsia psicológica, *Psicologia*, vol. V (2), pp. 177-180.

SERRA, A Vaz. *O stress na vida de todos os dias*. Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2002.

STUART, Gail; LARAIA Michele- *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª edição. Porto Alegre, 2001. ISBN: 0-8151-2603-4.

TEIXEIRA, DALGALARRONDO. Bases Psicopatológica do Crime Violento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 57, nº 3 – 2008

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Outubro. 1999, vol. 21, supl.2, p. 18-22.



# ANEXOS

## ANEXO I: CRONOGRAMA DO PI

Estratégias/ Actividades	SEMANAS				
	17/05	34/05	31/05	7/06	14/06
	23/05	30/05	6/06	13/06	19/06
<b>Objectivo específico I: Avaliar o risco/ideação suicida em doentes reclusos</b>					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
<b>Objectivo específico II: Avaliação dos sintomas depressivos em doentes reclusos</b>					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
<b>Objectivo específico III: Elaborar protocolos de intervenção de enfermagem para ideação suicida, intenção suicida e suicídio consumado</b>					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

## ANEXO II - ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

NOME:		IDADE:	
CAMA:		DATA:	
RISCO DE SUICÍDIO			
1	Essencialmente, nenhum risco de se fazer mal.		
2	A ideação suicida é limitada, não há nenhum plano ou preparação definidos de se auto agredir, e há poucos factores de risco conhecidos. A intenção de cometer suicídio não é clara, mas a ideação suicida está presente; o doente não tem um plano concreto e não tentou suicidar-se no passado.		
3	São evidentes planos definidos e preparação com visível ideação suicida, há possivelmente história de tentativas anteriores e existem pelo menos dois factores de risco adicionais ou, mais do que um factor de risco. A ideação suicida assim como a intenção estão presentes, mas é negado que haja um plano claro; o indivíduo está motivado para melhorar o seu estado emocional e psicológico actual se houver ocasião para tal.		
4	Os planos e a preparação para se infligir mal foram claramente definidos ou a pessoa é reconhecida como alguém que já tentou múltiplas vezes o suicídio com dois ou mais factores de risco. A ideação e a intenção suicida são verbalizadas em conjunto com um plano bem estruturado e com os meios de o levar a cabo. Este indivíduo demonstra inflexibilidade cognitiva e desesperança quanto ao futuro e nega o apoio social disponível; houve tentativas de suicídio anteriores.		
5	Um indivíduo que tentou o suicídio múltiplas vezes com diversos factores de risco significativos. Atenção e acção imediata são imprescindíveis.		
<b>PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO DA ESCALA PELO ENFERMEIRO:</b>			
(1) Risco inexistente ou (2) Leve-Risco no momento da admissão e depois em SOS; (3) Risco Moderado – Avaliação semanal (ou sempre que se justificar); (4) Risco severo ou (5) Risco extremo – Avaliar diariamente			

RISCO de SUICÍDIO	1 Inexistente	2 Leve	3 Moderado	4 Severo	5 Extremo
DIA: TURNO: RUBRICA ENFº:					
DIA: TURNO: RUBRICA ENFº:					
DIA: TURNO: RUBRICA ENFº:					
DIA: TURNO: RUBRICA ENFº:					
DIA: TURNO: RUBRICA ENFº:					
DIA: TURNO: RUBRICA ENFº:					

Escala da risco de suicídio (adaptada), OMS *IN* Prevenção do Suicídio um recurso para Conselheiros (Genebra 2006)

### ANEXO III – INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO DE BECK

BDI consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo (O) em torno de um número (0, 1, 2 ou 3) que corresponde ao *score* da afirmação, em cada grupo. Cada grupo descreve como se sentiu na última semana, incluindo hoje. Leia as afirmações todas de cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

NOME:	IDADE:
CAMA:	DATA:

	<b>BDI – Inventário de Depressão de Beck</b>	<b>SCORE</b>
<b>1</b> <i>Tristeza</i>	a) Não me sinto triste.	0
	b) Eu me sinto triste.	1
	c) Estou sempre triste e não consigo sair disto.	2
	d) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	3
<b>2</b> <i>Pessimismo</i>	a) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.	0
	b) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.	1
	c) Acho que nada tenho a esperar.	2
	d) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.	3
<b>3</b> <i>Sentimento de Fracasso</i>	a) Não me sinto um fracasso.	0
	b) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.	1
	c) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.	2
	d) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.	3
<b>4</b> <i>Insatisfação</i>	a) Tenho tanto prazer em tudo como antes.	0
	b) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.	1
	c) Não encontro um prazer real em mais nada.	2
	d) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.	3
<b>5</b> <i>Culpa</i>	a) Não me sinto especialmente culpado.	0
	b) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.	1
	c) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.	2
	d) Eu me sinto sempre culpado.	3
<b>6</b> <i>Punição</i>	a) Não acho que esteja sendo punido.	0
	b) Acho que posso ser punido.	1
	c) Creio que vou ser punido.	2
	d) Acho que estou sendo punido.	3
<b>7</b> <i>Auto-Estima</i>	a) Não me sinto decepcionado comigo mesmo.	0
	b) Estou decepcionado comigo mesmo.	1
	c) Estou enjoado de mim.	2
	d) Eu me odeio.	3



<b>8</b> <i>Auto Percepção</i>	a) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.	0
	b) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.	1
	c) Eu me culpo sempre por minhas falhas.	2
	d) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.	3
<b>9</b> <i>Ideias Suicidas</i>	a) Não tenho quaisquer ideias de me matar.	0
	b) Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.	1
	c) Gostaria de me matar.	2
	d) Eu me mataria se tivesse oportunidade.	3
<b>10</b> <i>Choro</i>	a) Não choro mais que o habitual	0
	b) Choro mais agora que o habitual.	1
	c) Agora, choro o tempo todo.	2
	d) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.	3
<b>11</b> <i>Irritabilidade</i>	a) Não sou mais irritado agora do que já fui.	0
	b) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.	1
	c) Agora eu me sinto irritado o tempo todo.	2
	d) Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.	3
<b>12</b> <i>Isolamento Social</i>	a) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.	0
	b) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.	1
	c) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.	2
	d) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.	3
<b>13</b> <i>Indecisão</i>	a) Tomo decisões tão bem quanto antes.	0
	b) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.	1
	c) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.	2
	d) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.	3
<b>14</b> <i>Auto Imagem</i>	a) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.	0
	b) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atractivo.	1
	c) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que e fazem parecer sem atractivo.	2
	d) Acredito que pareço feio.	3



<b>15</b> <i>Dificuldade em trabalhar</i>	a) Posso trabalhar tão bem quanto antes.	0
	b) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.	1
	c) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.	2
	d) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.	3
<b>16</b> <i>Insónia</i>	a) Consigo dormir tão bem como o habitual.	0
	b) Não durmo tão bem como costumava.	1
	c) Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.	2
	d) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	3
<b>17</b> <i>Fadiga</i>	a) Não fico mais cansado do que o habitual.	0
	b) Fico cansado mais facilmente do que costumava.	1
	c) Fico cansado em fazer qualquer coisa.	2
	d) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.	3
<b>18</b> <i>Perda de Apetite</i>	a) O meu apetite não está pior do que o habitual.	0
	b) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.	1
	c) Meu apetite é muito pior agora.	2
	d) Absolutamente não tenho mais apetite	3
<b>19</b> <i>Perda de Peso</i>	a) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.	0
	b) Perdi mais do que 2 quilos e meio.	1
	c) Perdi mais do que 5 quilos.	2
	d) Perdi mais do que 7 quilos.	3
<b>20</b> <i>Preocupações Somáticas</i>	a) Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.	0
	b) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposições do estômago ou constipação.	1
	c) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.	2
	d) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.	3
<b>21</b> <i>Perda de Líbido.</i>	a) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.	0
	b) Estou menos interessado por sexo do que costumava.	1
	c) Estou menos interessado por sexo agora.	2
	d) Perdi completamente o interesse por sexo.	3
<b>COTAÇÃO: 0-11:</b> sintomas mínimos/ ausentes; <b>12-19:</b> sintomas leves; <b>20-35:</b> sintomas moderados; <b>36-63:</b> sintomas graves		

## ANEXO IV – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA IDEACÃO SUICIDA

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA IDEACÃO SUICIDA

A ideação suicida é a ideia estruturada ou não de cometer o acto de suicídio.

- Estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do utente (relação empática);
- Realizar entrevista para identificar factores de risco (através de perguntas objectivas):
  - Sócio-demográficas: factores de risco e história de vida;
  - Factores predisponentes e/ou precipitantes;
  - Aspectos psicodinâmicos: conflitos, motivações, fantasia acerca da morte;
  - Antecedentes pessoais e familiares (depressão, alcoolismo, esquizofrenia, síndromes orgânicos cerebrais, transtornos da personalidade, tentativas de suicídio, doenças físicas incapacitantes, dolorosas e/ou terminais).
- Reconhecer circunstâncias que sugerem intencionalidade suicida:
  - Comunicação previa de que tem intenção de morte;
  - Mensagem ou carta de despedida;
  - Plano elaborado com pormenor para o acto;
  - Procura de local: isolado ou horas de pouco movimento para não ser socorrido;
  - Não procurar ajuda logo após a tentativa de suicídio;
  - Uso de método violento ou drogas mais letais;
  - Afirmação clara de querer morrer;
  - Arrependimento de ter sobrevivido;
- Planear vigilância frequente ao doente com intervalos de 10 a 15 minutos, redobrando a mesma nas passagens de turno, e informar de imediato Psiquiatra Assistente/ Prevenção.
- Verificar se não existem na Unidade do utente ou Serviço objectos potencialmente perigosos (picantes, cortantes, materiais eléctricos, cordões, cintos e limas metálicas);



- Encorajar a expressar os seus sentimentos e emoções, permitir que liberte a hostilidade e fúria manifesta.
- Supervisionar a toma da terapêutica e das refeições. Evitar possibilidades de overdose e fugas à toma de medicação.
- Estabelecer um contracto com o doente garantindo que este não terá um comportamento auto destrutivo durante um período de tempo específico. Quando este contracto terminar, programar outro.

## ANEXO V – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA TENTATIVA DE SUICÍDIO E SUICÍDIO CONSUMADO

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERANTE A TENTATIVA DE SUICÍDIO OU SUICÍDIO CONSUMADO

#### Utente encontrado em acto suicida:

- Manter a calma: falar em tom baixo, frases curtas, discurso dissuasor;
- Isolar espaço físico se possível transportar doente para sala de enfermagem;
- Evitar aglomerado de pessoas, devem ficar apenas os elementos necessários;
- Afastar do local os outros doentes;
- Pedir ajuda;
- Iniciar suporte básico de vida;
- Accionar VMER, se necessário;
- Informar Psiquiatra Assistente ou de Urgência dependendo do período em que ocorre o acto;
- Administrar terapêutica ou fazer terapia psicológica;
- Transportar o doente para o Serviço de Urgência, se necessário;
- Registrar episódio na folha de enfermagem.
- Todas intervenções contempladas para ideação suicida também se aplicam na tentativa de suicido

#### Suicídio consumado (morte):

- Manter a calma;
- Contactar de imediato o Enfermeiro de ronda ao Hospital;
- Pedir auxílio da restante Equipa de Saúde;
- Não mexer no Utente e/ou objectos em contacto com o mesmo;
- Isolar espaço físico (manter outros Utentes e funcionários afastados);
- Reduzir estados de ansiedade dos outros utentes e se necessário administrar medicação prescrita em SOS;
- Informar o Psiquiatra Assistente ou Psiquiatra de Urgência;



- Informar a direcção do Hospital (Ex.mo Sr. Director do HPSJD) que comunicará com Autoridades Policiais;
  - Evitar a manipulação do cadáver e/ou a dano de objectos (roupas) pertencentes até à chegada das autoridades;
- 
- Posteriormente o corpo será removido para o Instituto de Medicina Legal;
  - Cabe aos Serviços de Reeducação e/ao Corpo da Guarda Prisional comunicar o falecimento aos familiares significativos;
  - Registrar no Diário de Enfermagem todos os procedimentos efectuados (tendo o cuidado de referir a hora).

**Na Reunião de Equipa deverá ser discutida e analisada a ocorrência.**



## **APÊNDICE I – “REFLEXÃO – ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA EM MEIO PRISIONAL”**

## REFLEXÃO...

### “ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA EM MEIO PRISIONAL”

Desde algum tempo, no decorrer da minha prática profissional, que me venho a questionar sobre o porquê da desmotivação da equipa de enfermagem do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HPSJD onde trabalho. São patentes sinais de insatisfação e cansaço que por vezes conduzem a momentos de tensão sem justificação aparente. Surge então a questão - Estará a equipa a passar por um momento de crise?

No contexto prisional, é certo que, existem muitos reinternamentos (muitas vezes por abandono terapêutico), existe uma grande dificuldade de preparar a alta com o doente (por questões de segurança o doente não sabe quando tem alta) e de intervir junto da família (o acesso à família por parte dos técnicos é dificultada pela carga burocrática exigida que se prendem a questões de segurança). Nestes doentes está patente um grande sofrimento, manifestado por vezes por comportamentos agressivos, actos destrutivos do ambiente ou agressões entre os seus pares ou mesmo com os técnicos, tornando-se em alguns casos,

difícil estabelecer o contacto e a comunicação. Serão estes os motivos da desmotivação da equipa?

Como enfermeira integrante dessa mesma equipa, e neste momento como aluna num processo de aquisição de competências no âmbito de enfermeira especialista SMP decidi reflectir sobre o assunto e encontrar algumas respostas com base numa breve pesquisa bibliográfica.

Trigo et al (2007, p. 225) explicam que, “... a baixa realização profissional ou baixa satisfação com o trabalho pode ser descrita como uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor”.

Vaz Serra (2002), realizou um estudo com técnicos de saúde mental em que, verificou que os indivíduos com tendência para utilizarem estratégias de fuga-evitamento perante os seus problemas eram os que mais facilmente desenvolviam sintomas de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Enquanto, Chiavenato (1995) considera que uma fraca motivação entre os membros (por frustrações ou por impedimento à

satisfação das suas necessidades) reflecte-se no clima de grupo, manifestando-se por: depressão,

desinteresse, apatia e insatisfação, podendo, em casos extremos, chegar a estados de agressividade.

Vaz Serra (2002), relaciona o stress dos enfermeiros de psiquiatria e o difícil contacto com o doente mental, com factores de natureza administrativa e da organização.

Para além disto, o medo que surge pelo contacto com estes doentes, resulta de eventuais atitudes violentas que estes possam ter tido num ambiente, que é pouco protegido, bem como da falta de recursos para lidar com essas situações..

Partilhando da linha de pensamento dos autores referidos, reflectindo sobre o cuidar do doente mental, concretamente neste contexto prisional, vejo que a equipa diariamente é confrontada com limitações, angústias, sofrimentos de carências e insegurança do outro. Por outro lado, considero que a equipa por si só é resistente à mudança, com pouca flexibilidade e difícil adaptabilidade (grupo etário em média elevado e poucos recursos tecnológicos) associada à elevada burocracia exigida pela instituição, factores que podem a meu

ver, ser ameaçadores para própria estabilidade da equipa e consequentemente desmotivadores.

Uma outra particularidade do internamento do doente psiquiátrico é que, o objectivo último nem sempre é a recuperação total do doente contrariamente ao que acontece noutras especialidades. Na maioria das vezes, apesar do esforço dos profissionais, a recuperação do doente tem apenas um carácter transitório ou noutros casos, o atenuar a degradação que a doença o submete ao longo dos anos. Importa que, os enfermeiros estejam consciencializados de que, não há objectivos inatingíveis e que em SMP é imprescindível trabalhar em equipa pressupondo a existência de uma boa relação entre os pares.

De certo que, cada pessoa procura a satisfação pessoal, o estar em harmonia com o meio e fazer face às frustrações, às ameaças, aos conflitos. Estes são responsáveis pela ansiedade e stress, que, se não forem resolvidos, manifestam-se sob a forma de crises. “A pessoa é agente intencional de comportamentos...é um ser único e sem cópias...sofrendo a influência do ambiente no qual vive e se desenvolvem...procura incessantemente

o equilíbrio e a harmonia” (OE, 2001b, p. 16).

Após esta breve reflexão e pesquisa bibliográfica tornou-se para mim mais claro o porquê da desmotivação da equipa. Considero como factores de desmotivação alguns dos seguintes: um regime demasiadamente burocrático e fechado, falta de novas tecnologias, o esforço por vezes inglório não reconhecido pelos pares, a dificuldade de lidar com situações de maior *stress* - conflitos.

## BIBLIOGRAFIA

Chiavenato, I. (1995). **Recursos Humanos**. S. Paulo: Editora Atlassa

Conselho de Enfermagem (CE) (2001), **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual**; enunciados descritivos. Portugal: Ordem dos Enfermeiros

Trigo, T.R. et al. - **Revista de Psiquiatria. Clínica** - 34 (5); 223-233, 2007

Vaz Serra, A. (2002). **O Stress na Vida de Todos Os dias**. Coimbra. 2002

## APÊNDICE J – “RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR”

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SMP**

**RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR**  
**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**



**Sara Ribeiro, nº 192009126**

**HPSJD, Maio 2010**

## INDICE

<b>INDICE.....</b>	<b>2</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. RELAÇÃO DE AJUDA .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1.RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL E INFORMAL .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2.FASES DA RELAÇÃO DE AJUDA SEGUNDO PHANEUF (2005) .....</b>	<b>10</b>
<b>3.ALGUMAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INERENTES À RELAÇÃO DE AJUDA .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1.ASPECTOS FACILITADORES NA RELAÇÃO DE AJUDA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2.DIFICULDADES PARA O ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO DE AJUDA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.RELAÇÃO DE AJUDA / ENTREVISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA .....</b>	<b>21</b>
<b>5.CASOPRÁTICO.....</b>	<b>22</b>
<b>5.1. ANÁLISE DO CASO PRÁTICO .....</b>	<b>23</b>
<b>6.REFLEXÃO FINAL.....</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO I: PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICE I: APRESENTAÇÃO DA SESSÃO – RELAÇÃO DE AJUDA .....</b>	<b>30</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O meu percurso prático no âmbito do curso de mestrado profissional em enfermagem na área de especialização de saúde mental e psiquiatria ministrado pela Universidade Católica Portuguesa teve início no dia 19 de Abril de 2010 no Hospital Prisional de São João de Deus, Clínica de Psiquiatria. De acordo com o plano curricular, neste momento de ensino clínico, o futuro enfermeiro especialista deve desenvolver competências para a intervenção na crise do adulto.

É também da competência do futuro enfermeiro especialista demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com utente/família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura. Segundo Hesbeen (2000, p.102) “os enfermeiros beneficiam de oportunidades particulares para dar às práticas um sentido de verdadeira ajuda...”.

Então, se a relação de ajuda depende de cada um, o que torna de tão difícil a realização da relação de ajuda? Será que conseguimos respeitar os nossos sentimentos e os dos outros? Será que num clima de constante tensão exacerbada pela privação da liberdade do doente é possível estabelecer uma relação de ajuda? Será que somos suficientemente fortes para não ficar deprimidos com a sua depressão, angustiados com a sua angústia ou absorvidos com a sua necessidade de independência? Será que a relação de ajuda pode ajudar a gerir ou solucionar conflito?

Estas foram algumas das questões surgiram de algumas conversas informais que tive com a orientadora do estágio e a equipa do serviço. Assim, considerei pertinente reflectir no âmbito deste ensino clínico sobre a temática – Relação de Ajuda no Cuidar de um Doente privado da liberdade. A relação de ajuda conseguida através de uma relação terapêutica implica um trabalho de equipa. Nesta sequência, decidi partilhar com a equipa multidisciplinar do serviço a temática. Utilizei a pesquisa bibliográfica para fundamentar e a apresentação foi feita em *power point*. Na sessão pretendo ainda, apresentar um caso prático para possibilitar a discussão entre o grupo, sobre a relação de ajuda prestada pelo enfermeiro. O estabelecer de uma relação de ajuda no ambiente de cuidados é inerente ao próprio cuidar, mas só estaremos a cuidar se soubermos estabelecer uma relação de ajuda entre todos os elementos da equipa e a pessoa cuidada.

Com a presente reflexão e partilha, pretendo ainda desenvolver competências no domínio da relação de ajuda, reflectir sobre a prática e promover a formação entre os pares. Ser Enfermeiro implica, além do conhecimento/domínio de diversas técnicas/habilidades, a apreensão das necessidades psicológicas do utente - Saber Estar, Saber Ser e Saber Fazer. O enfermeiro que cuida verdadeiramente do outro, manifesta capacidade de ser e de estar, empenha-se com o todo o seu ser para que haja um verdadeiro caminho de mudança no outro, para que haja soluções de crescimento favoráveis aos seus problemas ou à sua situação de crise.

Assim, o enfermeiro para além dos requisitos profissionais terá que desenvolver capacidades intelectuais, sociais, espirituais mas acima de tudo afectivas e ser possuidor de determinadas competências pessoais.

## 2. RELAÇÃO DE AJUDA

A relação de ajuda é de primordial importância, é um meio de acentuar o carácter profissional dos cuidados de enfermagem, é o encontro de ajuda entre duas pessoas. “Esta corrente de revalorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados concretiza-se pelos anos 69-70. Renasce o desejo de prestar cuidados aos doentes, procurando afirmar-se utilizando o conteúdo da relação para dar aos cuidados outras bases, além da compaixão e da tecnicidade.” (COLLIÈRE, 1989:151-152) Foi ROGERS, psicólogo humanista (1988, citado por NUNES, 1999), que introduziu o conceito de relação de ajuda.

É a partir desta data que a enfermagem procura encontrar um sentido diferente para a sua prática, mais humanista, e passa a dar-se ênfase à qualidade da relação que se estabelece com o Doente e a considerar as técnicas como acessórias para cuidar dele.

COLLIÈRE (1989:235-236) reforça esta ideia dizendo que “Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, (...) mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Manoukian e Massebeuf citado por Phaneuf (2005,p.322) referem que uma relação verdadeira, supõe uma comunicação profunda direccionada para um objectivo e para uma vontade de evolução. A mesma autora, define “estar em relação” como sendo as nossas qualidades profundas, as qualidades de o ser humano ser capaz de criar “ uma ligação de interdependência, de interacção e de influência mútua”. Este singular encontro de natureza profissional, esta aliança terapêutica torna-nos num instrumento de evolução, ao implicar o nosso doente no processo de cuidados.

Segundo Hesbeen (2000, p.102) “a prática dos cuidados de enfermagem inscreve-se num encontro... trata-se de encontrar uma pessoa no seu caminho particular de vida e fazer o caminho com ele, indo por vezes até ao fim do caminho (...) actuar para tornar mais confortável, mais suave e mais calorosa a situação vivida, bem como ter atenção aos mil e um pormenores que a compõe”.

No meu contexto actual de estágio, acrescido à situação de doença os doentes estão privados da liberdade. A privação da liberdade é um caminho por vezes longo, um caminho privado do contacto com a sociedade e um contacto muito restrito com os familiares. Conforme KNOWLES cit. por DAVIES & REES (2000) “ A limitação do contacto social, pode ser considerada como a principal causa de stress e alterações de comportamento verificadas durante os períodos de isolamento hospitalar...”.

Nesta sequência muitas vezes os doentes assumem que tudo o que lhes acontece é negativo, tudo o que acontece ao seu redor, mesmo fora do meio prisional com os seus familiares ou amigos se deve a si próprio. Estes sentimentos são muito frequentes traduzindo-se muitas vezes em baixa auto-estima, desesperança, anedonia, agressividade, conflitos e comportamentos auto destrutivo.

Os comportamentos mais frequentes são, conflitos na maioria das vezes de cariz interpessoal os quais surgem, de um modo geral por: diferenças individuais (devido às múltiplas interpretações que a idade, o sexo, as atitudes, as crenças e os valores); limitações dos recursos (quando não há recursos suficientes para todos... e a justa partilha destes recursos por todos é difícil); diferenciação de papéis (quando surge o problema de quem pode dar a ordem a outro). FERNANDO ALMEIDA (1995)

A relação de ajuda, é um trabalho que se inscreve no aqui e no agora, explorando o que se passa no presente, pelas suas emoções expressas que emergem no momento da entrevista que abrange todo e qualquer contexto, do doente “livre” ou privado da liberdade.

## 2.1. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Comunicar é entrar em relação com o outro de forma a partilhar e trocar ideias, sentimentos e experiências. Para Phaneuf (2005) a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação pode ser consciente ou inconsciente e transmite-se pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Deste modo, comunicar consiste não só na troca de palavras entre os intervenientes mas também por todo um conjunto de expressões físicas como gestos, o olhar, e até mesmo o silêncio. Este transmite muita informação, pode significar atitude de escuta, embaraço ou corte de comunicação. Sabe-se que a informação transmitida

pela palavra é em certos casos contrariada e desmentida pelos sinais não verbais que a acompanham, daí a importância de haver congruência entre o que é falado e o que se expressa não verbalmente.

Segundo Watzlawick (1967,p.48), “é impossível não comunicar”. A interação pessoal, é por si só, a troca de uma série de mensagens pelo que a comunicação é inevitável. Ainda segundo Watzlawick (1967), todo o comportamento é comunicação. A comunicação pode ser entendida como um sistema complexo e multifacetado de numerosos comportamentos que no seu conjunto condicionam o significado de todos os outros. Assim, todos os comportamentos fornecem informação e a comunicação resulta do conjunto de todas as mensagens emitidas e captadas.

Comunicar consiste em “ exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós”. Phaneuf (2005, p.22). Assim, para uma comunicação eficaz, é necessário também pensarmos em nós, naquilo que nos incómoda, saber quem somos.

Na transmissão de qualquer mensagem há que ter especial atenção às ideias pré-definidas e deduções que fazemos de modo a não alterarmos o significado da mensagem recebida.

Rogers (1970) afirma que a comunicação atinge o máximo quando o emissor e o receptor partilham uma relação que se caracteriza por uma autenticidade e transparência tais, que a cada um é possível viver os seus verdadeiros sentimentos; por uma aceitação e valorização plena do “outro”, enquanto individuo necessariamente diferente, e pela capacidade de o ver a ele e ao seu mundo pessoal como se vê a si próprio.

No âmbito do cuidar em enfermagem é fácil perceber que a comunicação é a base para uma relação interpessoal que ajude o Doente a ultrapassar os seus problemas, a melhorar o seu nível de saúde ou o seu bem-estar. Como refere Phaneuf (2005,p.13), “A comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão sine qua non da qualidade dos cuidados”. A relação profissional que se estabelece com o Doente é obrigatória, faz parte do código deontológico, impõe-se no momento em que decidimos ser enfermeiros.

A característica principal da comunicação da enfermeira com a pessoa cuidada é “constituída pelo facto de que ela é, sobretudo, virada para a pessoa cuidada”. Phaneuf (2005, p.22) e a enfermeira é a responsável pela qualidade dessa relação que se estabelece.

A enfermeira quando entra em contacto com a pessoa doente que se encontra fragilizada, “influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mas sobretudo pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras e nos seus gestos.” Phaneuf, (2005, P.24)

Quando se estabelece contacto pela primeira vez com um Doente, é de extrema importância como os acolhemos pois os primeiros minutos são fulcrais para a relação que se vier a estabelecer. É a primeira vez que o nosso interlocutor faz um juízo de nós, é pois muito importante que essa primeira impressão seja positiva. Uma comunicação que começa mal é difícil de corrigir.

As principais barreiras ao processo de comunicação são: deficiências físicas, nomeadamente as auditivas e visuais, o nível de educação dos interlocutores, as diferenças culturais, os valores, a religião, o estado de saúde, a linguagem falada e o ruído.

Segundo Phaneuf (2005, p. 84) a enfermeira, quando está em interacção “deve exprimir-se de maneira a ser compreendida e a fazer aceitar o que ela quer transmitir. Para fazer isso, a sua maneira de se exprimir deve ser simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias, adaptável às reacções do doente”. Refere ainda que a observação é primordial na compreensão do que exprime o doente, verbal e não verbalmente, de maneira explícita ou implícita. É da observação das expressões faciais, da voz, do olhar, dos gestos, da postura, das palavras utilizadas, das construções das frases, do que revela ou procura esconder o doente que a enfermeira retira informação sobre o que ele vive, sente ou deseja.

Para cuidar em enfermagem é necessário comunicar com eficácia e é através desta comunicação que se estabelece uma relação, seja formal ou não, que promova no Doente o seu bem – estar e sua saúde.

## 2.1. RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL E INFORMAL

Nos cuidados de enfermagem a relação de ajuda pode ser formal, clássica, prevista, planificada antecipada e estruturada, ou ser um relação informal, espontânea, sem estrutura particular e que responde às necessidades do momento. Embora a conduta da entrevista formal e informal sejam distintas o objectivo é o mesmo, intervir numa situação de crise.

Segundo Chalifour, (2009) crise significa “... um período de desorganização e de desconforto, no qual diferentes tentativas de resolução são utilizadas ... uma forma de adaptação é produzida, que pode ser ou não, no melhor interesse da pessoa e seus próximos” A resolução da crise é um processo adaptativo da pessoa “... através da descoberta de recursos e habilidades de controlo que poderá utilizar no futuro”: Chalifour (2009), citando Fairchild (1986).

Neste contexto, intervenção do na crise implica uma relação de ajuda. O enfermeiro coopera com o doente num processo adaptativo de resolução do momento de crise para que este, tanto quanto possível, recupere ou melhore a sua autonomia e qualidade de vida. A relação de ajuda estabelecida com o doente pode ser formal ou informal.

Assim, a relação de ajuda formal, como o nome indica é aquela que é planeada, estruturada, enquanto a informal, é a espontânea que responde às necessidades do momento. A relação de ajuda pressupões dois seres humanos que estão ao mesmo nível, em que o enfermeiro elabora objectivos de ajuda e de melhoria para o doente e visa atitudes de mudança, segundo Phaneuf (2005, p.329).

A entrevista de ajuda formal segundo Phaneuf (2005) estrutura-se da seguinte forma:

- É planificada antecipadamente num horário estabelecido;
- É explicitamente aceite pela pessoa ajudada;
- Os seus objectivos são previamente definidos, se possível com a colaboração da pessoa ajudada.
- Os objectivos são a longo prazo e as mudanças que determinam são progressivas;

- É um processo mais de natureza pedagógico que leva a pessoa a sentir se mais serena, mais confiante, mais alegre, mais capaz de reconhecer e de utilizar os seus próprios recursos para evoluir;

- A pessoa que ajuda tem de ter a capacidade de estabelecer uma relação centrada na pessoa, com capacidade de explorar as diversas habilidades criar maior conhecimento de si, das suas capacidades para encontrar a auto - estima e valer-se a si próprio, sendo capaz de ultrapassar o seu problema de modo a melhorar a autonomia.

A relação de ajuda informal é a que ocorre espontaneamente, como algo não estruturado, mas que possui todo o carácter de uma relação de ajuda. Não ocupa muito tempo ao enfermeiro, mas é de grande satisfação para o utente e tem como objectivo imediato levar o utente a verbalizar o seu problema. A entrevista de ajuda informal segundo Phaneuf (2005) caracteriza-se por:

- A sua necessidade surge do imprevisto e a elaboração é de forma espontânea;
- É implicitamente aceite pela pessoa ajudada;
- Os seus objectivos são definidos pelas circunstâncias (fazer falar, diminuir a ansiedade, tornar a dar confiança), são a curto termo e as mudanças são muitas vezes insignificantes;
- É um processo de natureza terapêutica que ajuda a pessoa a viver uma situação difícil de forma mais serena e confiante;
- A pessoa que ajuda tem de ter capacidade de estabelecer um a relação de confiança, atitude fundada no respeito, na escuta e na empatia.

Perante o exposto, constata-se que a relação de ajuda quer seja formal ou informal, o princípios são os mesmos o que difere é a forma de as aplicar.

A relação de ajuda desenrola-se em quatro fases nomeadamente; fase da preparação, fase de orientação, fase de exploração da relação e fim da relação. No capítulo seguinte farei uma abordagem sumária de cada um destes tipos.

## 2.2. FASES DA RELAÇÃO DE AJUDA SEGUNDO PHANEUF (2005)

1. **Fase da preparação** – é a fase do conhecimento mútuo, o estabelecer visual da relação, onde o enfermeiro tenta conhecer os sentimentos, fantasias, medos do doente. É

feita de colheita dos dados mais importantes, de forma a delinear estratégias e procurar recursos, nesta fase é importante uma escuta eficaz por parte do cuidador.

2. **Fase de orientação** – a pessoa que ajuda (enfermeiro) vai determinar as razões pelas quais o doente procura ajuda. Forma-se uma relação de confiança, de aceitação e de comunicação. O enfermeiro explora os sentimentos, pensamentos e acções do doente, bem como os factores de stress. Faz, também, uma interpretação lógica, identificando os problemas do doente, estimulando-o a conhecer melhor o percurso que vai percorrer: os seus recursos estratégias de adaptação de modo a tornar as suas decisões positivas.
3. **Fase da exploração da relação** – o enfermeiro expõe toda a relação, avalia a evolução do doente, explica o fim da relação e os dois exploram (se possível) os sentimentos de perda ou tristeza.
4. **Fase do fim da relação.**

### **3. ALGUMAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INERENTES À RELAÇÃO DE AJUDA**

“Num contexto profissional, a relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o Doente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do Doente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.” Chalifour (2008)

O enfermeiro deve aproveitar cada momento do cuidar como pretexto para a relação de ajuda. Existem várias competências que estão inerentes para o estabelecimento de uma relação de ajuda, para tal o enfermeiro terá que desenvolver capacidades de: escuta, clarificação, respeito; congruência, aceitação, empatia e confrontação.

#### **Capacidade de escutar**

Para Lazure, (1994, p.15) “escutar não é sinónimo de ouvir...escutar é constatar através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar, pelo conjunto das suas percepções interiores e exteriores. Escutar é portanto um processo activo e voluntário”. O homem despersonalizado pela doença, num desejo natural de recuperação da sua identidade, humilhado pela falta de controlo do seu corpo, de sua dependência e vulnerabilidade, desvalorizado pelas atitudes negativas em relação a si, ferido na sua auto-imagem, tem necessidade de ser escutado e dividir problemas

Nesta sequência, a capacidade de escutar não é só receber informação, mas ter em conta o comportamento corporal, a postura, o olhar, os gestos, a contracção das pálpebras, a expressão vocal, a entoação e o timbre da voz, as pausas, os silêncios, a aceleração da respiração, o rubor, o empalidecimento, a irritação, o íntimo do mais íntimo (a alma, as emoções). Saber ouvir o doente profundamente e observá-lo ao mesmo tempo, permite descobrir sentimentos que ele tem medo de comunicar, mas que gostaria de fazer.

Afirma, Lazure (1994, p.98) que para compreender a linguagem verbal é preciso distinguir quatro conteúdos possíveis: Conteúdo do acontecimento (escutar o que o

doente vive no momento actual); Conteúdo do comportamento (perceber o que o doente fez, quer fazer, ou pode fazer); Conteúdo afectivo (as emoções que envolvem os acontecimentos e os comportamentos) e Conteúdo estrutural (ligado á percepção global que o individuo tem de si próprio). É neste pressuposto que a relação de ajuda se traduz numa presença de elos de contacto, numa forma de coexistência, pois quando estamos com o doente temos que ter a profunda consciência do seu contexto de vida, do nosso empenhamento pessoal e profissional nessa relação, de modo a incutir no outro a maturidade para enfrentar a nova fase de vida, a capacidade de arranjar estratégias de luta, tornando a relação uma interacção positiva, um intercâmbio de experiências para que quem é ajudado reencontre a coragem de ser autónomo física/ psicológica e socialmente.

A escuta, na relação de ajuda, visa dar ao doente, a possibilidade de se identificar, de sentir, de saber escolher e de decidir se quer mudar, descobrir recursos ocultos, é este o fundamento do processo de relação de ajuda, o de facilitar o crescimento pessoal e uma mudança positiva.

A escuta vai para além das palavras, é feita também de silêncio: não do silêncio de neutralidade, ou do silêncio vazio, de distração, mas o silêncio significativo, revelador, também o silêncio do enfermeiro que deixa um lugar ao doente, que lhe dá espaço, espaço de decisão, de partilha, de vida. O silêncio do outro pode estar conotado (de forma errada) com uma sensação de vazio, de perda de tempo, de ineficácia pessoal ou mesmo de antecipação de reacção explosiva ou défice de controlo. É, sem dúvida, a escuta do silêncio que exige a presença mais efectiva, intensa e verdadeira do enfermeiro; pois, interpretar correctamente o silêncio do doente “ é escutar o que ele vive mais profundamente” Cheveau ( 1990,p.94).

O doente privado da liberdade, apresentam muitas vezes necessidades declaradas de quem quer ser escutado, as emoções são vividas com maior intensidade e manifestadas por comportamentos não verbais, por raiva, por desespero, por apatia, por agressividade, e a ansiedade escondida por vezes atrás de um sorriso rasgado, uma insegurança disfarçada atrás de uma excessiva cooperação e uma solidão disfarçada por uma segurança extrema.

Na sua fragilidade/agressividade/confusão o doente tem necessidade de partilhar as suas experiências como ser único e o enfermeiro aceita a opinião do doente, as suas opções, os seus actos, partilhando uma relação de confiança. São pois, estes conteúdos, que nós devemos escutar, apesar de difíceis de dominar, quer no seu verdadeiro sentido, como na nossa objectividade.

### **Capacidade de clarificação**

Citando Dewey, Lazure, (1994, p.37) refere que “um problema bem equacionado está metade resolvido”.

Neste sentido, o enfermeiro deve ajudar o utente a compreender o seu problema actual, não permitindo que este utilize generalizações, abstracções e termos imprecisos. Assim, o enfermeiro possibilitará ao doente a identificação real dos seus sentimentos, percepções e experiências relativas ao seu problema concreto.

### **Capacidade de respeitar**

Sem o respeito não poderá haver a aceitação. Para Phaneuf (2005, p.340) a “relação de ajuda assenta na confiança e no respeito”. Respeitar o doente pela sua dignidade humana e pelo potencial para aprender a viver melhor. O enfermeiro respeita o doente através da atitude de consideração positiva e respeitosa do doente e através do reconhecimento no doente de potencialidades de modificar os seus comportamentos e de tomar as suas próprias decisões.

Nesta sequência, enfermeiro deverá tratar o doente por senhor, não fazer juízos de valores, compreender o doente quando ele se exprime, apoiar o doente nas suas decisões, manifestar preocupação perante o seu sofrimento considerando-o como um ser único, com dignidade e com autonomia, respeitando a sua privacidade.

O doente deve estar consciente das atitudes a tomar para a realização das suas necessidades e não ser o enfermeiro a indicar-lhe essas mesmas atitudes. O enfermeiro deve acreditar que o doente tem potencial e recursos próprios para solucionar o seu problema, da forma que lhe for mais conveniente. A última decisão é da inteira responsabilidade do doente (salvo excepções enunciadas na Lei da Saúde Mental), a individualidade do doente deve ser respeitada.

O doente com patologia mental, ao abrigo da Lei da Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 de Julho) no Art. 5º dos “Direitos e deveres do utente” nº 1 al. a) e c) é clara no que se refere aos seus direitos:

“ al. a) - Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis; (...) al. c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros”.

O enfermeiro por sua vez deve ter a capacidade de respeitar o doente e acreditar que ele é único e só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória.

### **Capacidade de congruência**

Segundo Lazure, (1994 p.63), a congruência possibilita a “concordância entre o vivido interiormente, consciência que a pessoa tem daquilo que vive e a expressão dessa vivência, traduzida conscientemente pelo seu comportamento”.

Congruência à correspondência entre aquilo que o enfermeiro sente e aquilo que exprime de forma verbal ou não verbal, durante a relação terapêutica. O enfermeiro deve ser verdadeiro, sincero e principalmente ser ele próprio pressupondo espontaneidade, sinceridade e ausência de comportamentos defensivos.

### **Capacidade de autenticidade**

“ Capacidade em permanecer sinceramente... no decurso da relação, mantendo-se espontânea e aberta não procurando apresentar uma fachada artificial, nem uma perita na situação do outro. Esta capacidade é essencial ao estabelecimento do clima de confiança e simplicidade”. Phaneuf( 2005)

A autenticidade do enfermeiro revela-se na relação consigo próprio e reflecte-se na capacidade deste permanecer ele próprio nas suas relações com o doente, ultrapassando assim atitudes convencionais e acrescentando o que há de mais verdadeiro. Neste sentido, e tomando o enfermeiro como modelo, o doente sente que deve ser ele próprio.

### **Capacidade de aceitação**

A aceitação da pessoa como ela é, é o primeiro passo para se estabelecer uma relação de ajuda. Temos de a aceitar-la como um ser humano sofredor que tenta da melhor forma aceitar a sua doença. Para Phaneuf (2005, p.335), esta aceitação não deve ser incondicional, porque temos o objectivo de levar a pessoa a aceitar melhor a doença. Para que a relação estabelecida seja eficiente implica estar presente uma consideração positiva e incondicional.

Aceitar um doente segundo Phaneuf (2005, p.336), significa “acolher, sem julgamento e sem exigência de mudança”, poderemos não concordar com o seu ponto de vista sobre determinado assunto, mas teremos que respeitar a sua opinião.

Independentemente do tipo de doente ou condição social o enfermeiro deve aceitar a maneira única de ser do doente sem avaliar ou julgar, sem preconceitos; ter uma atitude de atenção, de afeição, de interesse e respeito.

Para Phaneuf (2005, p.337), para que o enfermeiro consiga aceitar o doente deverá:

- Pensar na dignidade do doente, ele é um ser humano é um ser único e individual.
- Pesquisar no passado o que a pessoa já foi. Demonstrar ao doente a utilidade dele na sociedade.
- Acreditar que a pessoa pode evoluir.
- Tomar consciência das dificuldades vividas por esta pessoa. Ser humilde e compreensível colocando-se na situação do doente para encontrar estratégias para solucionar ou atenuar o problema.
- Reconhecer os seus sentimentos reais. Questionarmo-nos o que representa o comportamento dessa pessoa para nós tendo sempre o cuidado de não se envolver ou projectar as suas vivências no outro.
- A aceitação não é o deixar andar, nem provocar comportamentos repreensíveis.

No entanto, existem algumas dificuldades de aceitação dos doentes por parte do enfermeiro, que segundo Phaneuf (2005, p.338), são: sentimentos de superioridade, ver a pessoa através da sua doença, rigidez dos valores, preconceitos, fraca capacidade de introspecção e a ignorância das nossas próprias vulnerabilidades.

### **Capacidade de empatia**

Um dos pontos fulcrais da relação de ajuda é a empatia, é “um sentimento profundo de compreensão do outro para o qual convergem os esforços do enfermeiro em situação de ajuda”. Phaneuf (2005, p.346) Outros autores, definem empatia como “ a capacidade de submergir-se no mundo subjectivo do outro e de participar na sua experiência, na

medida em que permite tanto a comunicação verbal como a não verbal e a paralinguagem do paciente.” Cibanal (1991, p.5), citando Rogers

Nesta sequência, “a empatia é comparada como meio de expressão e de compreensão do enfermeiro”. Segundo Phaneuf (2005, p.347), o enfermeiro deve ser empático consigo próprio e com o doente, ter a capacidade de se colocar no lugar do doente (não esquecendo que a vivência pertence ao doente), penetrar no seu universo, compreendê-lo, transmitir-lhe compreensão para que ele evolua utilizando os seus próprios recursos, para consegue compreender o doente, entender o seu sofrimento, compreender as suas dificuldades, mas sem viver as emoções. Paradoxalmente o enfermeiro entende, compreende as dificuldades do doente, mas estabelece um distanciamento emotivo.

Para Phaneuf (2005, p.348) a relação de ajuda tem duas partes, a parte cognitiva (no início da relação de ajuda procuramos entender o que sente e o que vive o doente, exigindo inteligência) e a parte afectiva (resposta interior, reacção de compreensão e de compaixão). A empatia pode ser manifestada por: comportamentos não verbais ajustado ao estado de alma da pessoa doente; o toque (que exprime a compreensão, a vontade de reconfortar a pessoa); a disponibilidade dispensada pelo enfermeiro (aproximar-se do doente); as palavras que exprimem a vontade de partilhar a dificuldade; a utilização das respostas-reflexo (para demonstrar a sua compreensão sobre o que está a viver o doente).

Com a relação empática implica: servir de eco (doente ao ser escutado, sente-se aceite e consegue escutar-se a si próprio); compreender a pessoa cuidada do interior; manifestar o seu interesse pela pessoa ajudada e o seu empenhamento a seu respeito; dá-se valor ao doente, através da percepção que o enfermeiro tem. Phaneuf (2005, p.351)

Para que o enfermeiro consiga um relacionamento empático com o doente deverá favorecer um clima de confiança, não poderá acentuar a sua prática no ênfase das tarefas de alta componente tecnológica, não adoptar uma postura autoritária, não tecer juízos de valor e preconceitos e não se refugiar na falta de tempo, que normalmente é justificação para tudo.

O enfermeiro para poder estabelecer uma relação empática deverá desenvolver capacidades de introspecção, conhecer os seus sentimentos e reacções, desenvolver

capacidades de acolhimento do doente e de estar em presença física e psicológica (estar com).

O doente tem alguma dificuldade em expressar os seus sentimentos e angústias, para tal deveremos auxiliá-los a exteriorizarem esses sentimentos, procuramos sempre o essencial da mensagem que o doente está a transmitir. Nunca esquecendo que os gestos, o fâcies do doente transmitem muita coisa e por vezes estamos convictos que o doente quer transmitir mais alguma coisa e não sabe como. O enfermeiro com a sua subtilidade começa a entrar no “mundo” do doente, para assim o compreender e conseguir exprimir a compreensão desses sentimentos

Assim, a empatia é algo que o enfermeiro oferece na relação e que constitui a chave para que os doentes sintam que compreenderam a sua problemáticas e sintam que forma compreendidos.

### **Capacidade de confrontação**

Confrontação, leva a pessoa ajudada a tomar consciência dos seus procedimentos e na diferença entre as suas palavras e o seu agir, neste sentido o enfermeiro pretende: favorecer a auto crítica e a tomada de consciência na pessoa ajudada; orientar a pessoa para a descoberta de si; ajudar o doente a modificar as suas opiniões, comportamento ou objectivos de vida. Esta competência do enfermeiro leva a que o doente reconheça a incongruência entre o que pensa, diz e faz é útil, para que este descubra o que quer e o que pode fazer; entre os seus valores e o seu agir; entre o que diz e o que faz e entre o que é e o que deseja ser com objectivo de lhe proporcionar novas perspectivas para o ajudar a mudar comportamentos.

A confrontação envolve empatia e respeito pelo utente e implica que haja um clima de confiança entre enfermeiro e utente.

É mobilizando estas competências que o enfermeiro avalia os comportamentos, emoções e sentimentos presentes no doente, identifica quando estes abrangem situações de raiva, hostilidade e violência. Chalifour (2008; 245). No contexto de cuidar, o enfermeiro em interacção percepçiona, elabora o juízo clínico, nunca se descentrando do papel profissional, mas integrando o seu «EU» enquanto instrumento terapêutico.

### 3.1. ASPECTOS FACILITADORES NA RELAÇÃO DE AJUDA

#### **Preliminares da entrevista de ajuda**

Para uma relação de ajuda eficaz tem que haver uma escuta eficaz, devendo-se atender a alguns aspectos:

- Antes de se relacionar com o utente o enfermeiro deve estar calmo e sereno para se poder concentrar no desejo de estar em relação aberta com o utente;
- O local deve ser sereno, com clareza de modo a favorecer a relação de ajuda;
- O enfermeiro deve manter uma certa distância tendo em conta os princípios éticos e a cultura do utente;
- Os dois devem estar confortavelmente instalados, virados um para o outro, para que o enfermeiro observe todas as reacções verbais e não verbais do utente e vice-versa;
- Para o utente se sentir mais próximo, o enfermeiro deve inclinar-se ligeiramente na sua direcção;
- O enfermeiro não deve adoptar comportamentos que distraiam o utente, tais como: cruzar as pernas, mexer muito as mãos, fazer riscos no papel. Deve sim, optar por uma postura corporal de abertura;
- É importante olhar o utente, mas não se deve fixar intensamente os olhos pois pode aumentar a ansiedade do doente;
- O silêncio por vezes é importante, pois permite momentos de reflexão;
- Os comportamentos não verbais são fundamentais, na medida em que podem contrariar a expressão verbal;
- O enfermeiro deve ser honesto e mostrar respeito pelo doente;
- O enfermeiro deve aproveitar cada momento do cuidar como pretexto para a relação de ajuda.

### 3.2. DIFICULDADES PARA O ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO DE AJUDA:

#### **Da enfermeira:**

- Por vezes temos medo de nos envolvermos emocionalmente com o utente, temos uma atitude de superficialidade tranquilizadora, protegemo-nos para irmos para casa

descansados e não pensarmos naquele problema do doente. Por vezes é mais fácil ignorar uma possível relação de ajuda para não termos complicações.

- O sentimento de superioridade é uma das principais dificuldades, porque estamos perante um ser “inferiorizado” (doente, frágil) e é mais fácil nós ditar-mos as regras. Isto acontece a maioria das vezes, por falta de tempo, referimos nós constantemente, quando um utente tem alguma dúvida ou sofrimento, nós arranjam uma solução em vez de em conjunto encontrá-la. O enfermeiro a maioria das vezes está concentrada nos cuidados a prestar ao doente, que nem liga à pessoa que está à sua frente. Nem pede a colaboração na prestação dos mesmos, não envolve o doente na sua saúde tornando-o cada vez mais dependente. Isto acontece também em relação de ajuda

- O enfermeiro tem que arranjar estratégias para conduzir o diálogo, não permitir ao utente que esteja sempre a massacra-se com o sofrimento e estar sempre a repetir o mesmo.

### **Do doente:**

- O doente necessita de saber se o enfermeiro está disposto a ajuda-lo, para tal experimenta o enfermeiro. O doente pode demonstrar expectativas irrealistas, colocar objectivos irrealistas, fingir-se um incapaz, um imbecil ou diz que concorda com a enfermeira e não faz nada.

#### **4. RELAÇÃO DE AJUDA / ENTREVISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA**

Numa relação de ajuda como referi anteriormente o enfermeiro não está para resolver os problemas do doente, mas sim para ajudar a encontrar a melhor solução. As considerações seguintes sobre intervenção terapêutica e estratégias de intervenção têm por base o defendido por Chalifour (2008)

A entrevista de ajuda permite compreender o que se passa com a pessoa que pede ajuda, como esta experimenta a situação que lhe causou o problema com a clarificação progressiva da sua vivência para descobrir os recursos e meios para a mudança. No contexto psiquiátrico a entrevista inicial deve igualmente conter directividade, na medida em que visa o conhecimento do doente e a compressão da situação de aqui e agora do momento de crise.

A entrevista estruturada ou não, em cuidados de enfermagem saúde mental, significa estar em contacto directo com o doente. Segundo Chalifour a entrevista de ajuda em saúde mental desenrola-se por sete etapas, nomeadamente:

**1ª Etapa:** dar forma à entrevista – clima de descontração e conforto para o doente;

**2ª Etapa:** delimitar o problema – especificar os primeiros sinais e sintomas associados ao distúrbio psiquiátrico, à personalidade e ao funcionamento do doente;

**3ª Etapa:** retorno às primeiras impressões – tomar uma decisão acerca do diagnóstico e verificar a sua pertinência.

**4ª Etapa:** Confirmação do diagnóstico – confirmar o diagnóstico a partir da história de evolução do distúrbio, da história psiquiátrica da família, da história médica e social do doente;

**5ª Etapa:** completar a colheita de dados – acrescentar os dados sobre estado mental do doente, clarificar certas ocorrências em relação ao seu historial;

**6ª Etapa:** retroacção – explicar ao doente a sua dificuldade e os cuidados que o enfermeiro pode prestar nesse sentido;

**7ª Etapa** – contrato terapêutico – estabelecer um plano terapêutico e um acordo com o doente nesse sentido.

Na entrevista pode haver necessidade de abordar um ou mais objectivos de acordo com estes, assim são delineadas as estratégias que podem ser: estratégias de revelação (favorecer a consciência de si); estratégias de restauração (redução imediata do sintoma); estratégias estruturantes (aquisição de conhecimento, resolução de problemas e modificação de comportamentos e estratégias de suporte (encorajar, apoiar ou dar esperança).

## 5. CASO PRÁTICO

Seguidamente relato episódios que foram discutidos no final da sessão tendo em conta uma atitude terapêutica do enfermeiro baseada na relação de ajuda. Pensamos que o enfermeiro deve oferecer ao utente oportunidade de ser acolhido, compreendido na sua globalidade, (intelectual, moral, afectiva e emocional).

No serviço estava internado já alguns meses o Sr. F com o diagnóstico de Depressão Major. O Sr. F tem 35 anos, está preso pela primeira vez e até então coabitava com o filho menor e com a companheira. Actualmente encontrava-se clinicamente estável com boa adesão ao tratamento. Consciente, orientado auto alopsiquicamente, humor eutímico, estabelecia uma boa interacção com os outros doentes e participava com satisfação nas actividades do serviço. Tinha visita da companheira quase todos os fins-de-semana mas... estava privado da liberdade.

Um dia, quando o enfermeiro lhe administrava a terapêutica do jantar o Sr. F recusou. Apresentava um olhar distante e um fâcies triste. O enfermeiro insistiu na toma da terapêutica e este respondeu com agressividade: “estou farto de tomar comprimidos e estou farto de estar no hospital, de estar preso...”.

Perante esta reacção o enfermeiro disponibilizou-se a conversar com o Sr. F, sentando-se junto dele de forma a permitir que o mesmo exterioriza-se o que sentia. O doente acabou por expressar a saudade que tinha da família, os problemas monetários e o receio da sua situação futura. O enfermeiro tentou tranquilizar o Sr. F dizendo-lhe que percebia e respeitava o que estava a sentir, realçou aspectos positivos relatados e

confrontou-o com os progressos alcançados até então. Em conjunto, enfermeiro e doente discutiram algumas estratégias para minimizar os seus problemas nomeadamente, no que se refere à saúde da família foi aconselhado a recorrer aos serviços de reeducação<sup>4</sup> do serviço a fim de, programar as visitas, de poder fazer alguns contactos telefónicos e ser esclarecido sobre alguns assuntos que se prendem com a sua situação judicial. Quanto ao facto de estar privado da liberdade o enfermeiro reforçou que esta era uma fase da vida e que estaria ali para o ajudar no que pudesse.

O doente ficou mais calmo, tomou a terapêutica e agradeceu ao enfermeiro a oportunidade dada para expressar os seus sentimentos e angústias.

### 5.1. ANÁLISE DO CASO PRÁTICO

Nesta situação foram identificados alguns sentimentos latentes no doente como: angústia, agressividade, saudades, (da sua casa e dos seus familiares), tristeza, (por encontrar há muito tempo no hospital e estar privado da liberdade), dúvida e revolta, (por não saber o que o futuro lhe reserva). Face estes sentimentos do doente foi reconhecido pelo grupo que o enfermeiro teve uma atitude terapêutica. Analisando a situação e a intervenção do enfermeiro numa relação terapêutica com base na relação de ajuda o grupo identificou:

- Escuta e empatia – o sentar-se junto do doente demonstra disponibilidade do enfermeiro em estar com e de o escuta activa permitindo-lhe expressar os seus sentimentos e problemas;
- Clarificação - esclarecimento de algumas das dúvidas do doente e identificação de algumas estratégias em conjunto para resolver o problema do doente;

---

<sup>4</sup> Os Serviços de Reeducação tem por finalidade servir de “elo de ligação” com o exterior. É através deste serviço que os recluso pode solicitar alguns esclarecimentos do desenvolvimento do seu processo judicial, comunicar com os familiares via telefone (dentro das normas estabelecidas pelo sistema prisional), resolver problemas que se prendam com documentação (BI, NIF). O serviço tem ainda a função de reinserir socialmente o recluso após a saída em liberdade quando diagnosticadas situações de falta de apoio quer familiar, social (encaminhamento para instituições, lares...).

- Respeito e aceitação – compreensão, respeito pelos sentimentos incondicionalmente o doente sem avaliar e/ou julgar;
- Confrontação – reforço dos pontos positivos para aumentar a confiança do doente.

No final da sessão o grupo por unanimidade concluiu que a recusa da toma da terapêutica pelo doente foi uma chamada de atenção para os seus problemas e um pedido de ajuda. O grupo acrescentou que a intervenção do enfermeiro poderia ser considerada informal, espontânea e que respondeu às necessidades do doente no momento com base numa relação de ajuda.

## 6. REFLEXÃO FINAL

A relação de ajuda leva-nos analisar a nossa prática, e a verificar que há uma falta de congruência entre o que pensamos, dizemos, fazemos e sentimos. Apregoa-se o holismo, a singularidade, a autonomia, mas quantas vezes se ignora os valores pessoais do doente antecipando-se ao seu poder decisivo sem pelo menos o ouvir? E quantas vezes se promove a iatrogenização do doente subvalorizando o seu potencial? Quantas vezes se faz “pelo doente” e não com o doente?”

Considerando enfermagem como profissão de relação, que pressupõe um encontro, um diálogo entre dois seres humanos (doente/enfermeiro), o enfermeiro deve preservar ao doente, a possibilidade de se exprimir, já que “ a simples possibilidade de se exprimir só por si alivia a pessoa, com efeito um sofrimento comunicado, é um pouco como um sofrimento dividido, não é mais que um meio sofrimento” Cheveau (1990, p.95); assumindo que o êxito ou fracasso do relacionamento depende das suas capacidades para encarar o sofrimento humano.

Em suma, um dos grandes pilares da relação de ajuda deverá ser a escuta – acompanhada de estratégias de exploração. A relação de ajuda permite aprofundar, validar e confrontar o que a pessoa exprime. Neste processo o enfermeiro e o doente estão ao mesmo nível, elaboram objectivos de ajuda e melhoria, mas acima de tudo de mudança. Com efeito, a relação de ajuda baseia-se na escuta do outro, onde a pessoa que ajuda procura compreender o vivido do outro, como se entrasse no seu universo, e se aperceba das suas emoções e experiências, é pois, uma relação de presença – o saber estar lá .física e psicologicamente.

O enfermeiro, e concretamente o enfermeiro especialista, deverá conciliar os seus saberes, o saber fazer, o saber ser e o saber estar, que segundo Phaneuf (2005, p.353), são: **Saber** escutar e observar; **Saber** perceber a mensagem no seu todo, incluindo as emoções, os sentimentos e os detalhes da experiência; **Saber** extrair o essencial da mensagem, distinguir o que é importante e o que é secundário; Saber como comunicar o que se compreende do problema; Saber afirmar-se, conseguir ver a situação com os olhos do doente.

A metodologia utilizada para a partilha e reflexão sobre a temática foi apresentação de uma sessão sobre Relação de Ajuda (método expositivo – Power point – Apêndice I) com a elaboração prévia do plano da sessão. (Anexo I).

Neste contexto, considero que a presente reflexão e partilha com a equipa sobre a temática Relação de Ajuda foi uma mais-valia para mim e para os presentes que de alguma forma saíram da sessão a “pensar sobre o assunto”.. Este momento de partilha permitiu a troca de experiências e a reflexão sobre os cuidados prestados o que claramente foi observado na discussão do caso que apresentei.

Propôs ainda ao grupo que respondesse às questões que inicialmente haviam surgido. Após uma breve análise das respostas dadas o que predominou foi o seguinte:

A dificuldade em realizar a relação de ajuda a equipa admite que por vezes não faz por falta de tempo, falta de recursos humanos, por desleixo ou porque as condições físicas ou o clima de tensão não permite.

O respeito pelos sentimentos e a capacidade de gerir os nossos próprios sentimentos são os principais ingredientes para o estabelecer de uma relação terapêutica.

Para a gestão do conflito a relação de ajuda tem um papel fundamental.

Desta forma, considero ter alcançado os objectivos idealizados para esta reflexão estando consciente de que o conhecimento é desenhado no dia-a-dia com o doente porque é ele que indica e delinea os caminhos e formas de o ajudar.

## BIBLIOGRAFIA

ANDRÉ, Carlos – Empatia como fio condutor do cuidar em enfermagem. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol.49, nº3. (Maio-Junho2001) 129-135.

CHALIFOUR, J. – **A Intervenção Terapêutica**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5

Cheveau, C.(1990). L’Humanisme dans la Pratique Médicale Quotidienne.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel edições técnicas, 1999. ISBN 972-757-109-3.

GASPAR, Julieta Maria da Silva G.– A relação de ajuda na prática de enfermagem. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 149. (Novembro 2000) 30-32

HESBEEN, W.(1998) **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Loures. Ed. Lusociência.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência, 1997. 201p. ISBN 972-8383-11-8 **Journées de Formation**. Paris, p.95-115.

LAZURE, Hélène – Viver a relação de ajuda. Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidactica, 1994. ISBN 972-95399 -5-2.

LEI DE SAUDE MENTAL – aprovado pela Lei nº36/98 de 24 de Julho.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelos de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2009.

PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3.

WATZLAWICH, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D – Pragmatics of human communication – a study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. New York, W.W. norton & Company.Inc. 1967. 296 p.



## **ANEXO I: PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

### SESSÃO DE FORMAÇÃO

**TEMA:** Relação de Ajuda

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da Clínica de Psiquiatria do HPSJD

**LOCAL:** Sala de Reuniões da Clínica de Psiquiatria

**DIA:** 23/05/2010

**DURAÇÃO:** 60 min.

Conteúdo programático	Objectivos específicos	Tempo	Método e técnicas	Recursos
<p><u>Apresentação da temática:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de ajuda;</li> <li>• Competências do enfermeiro inerentes à relação de ajuda;</li> <li>• Relação de ajuda/entrevista em saúde mental e psiquiatria.</li> </ul>	<p>Identificar as fases da relação de ajuda e tipos;</p> <p>Enunciar dificuldades e alguns aspectos facilitadores na relação de ajuda.</p>	20 min.	Método expositivo.	Data show
Reflexão sobre um caso prático.	<p>Apresentar um caso prático</p> <p>Identificar e discutir a relação terapêutica do enfermeiro no caso prático.</p>	10 min	Método expositivo, interrogativo	Data show
Questões sobre a relação de ajuda (inicialmente identificadas pela equipa).	Confrontar as respostas às questões para consciencialização a equipa da importância da relação de ajuda	10 min	Método interrogativo	
Debate sobre o tema.	Promover prestação dos cuidados de enfermagem com base na relação de ajuda	10 min	Método interrogativo	
Avaliação da sessão.	Avaliar a pertinência da sessão	10 min	Método interrogativo	

**APÊNDICE I: APRESENTAÇÃO DA SESSÃO – RELAÇÃO DE AJUDA**



1

**COMPORTAMENTOS COMUNICACIONAIS**

O comportamento estabelecido por cada indivíduo ao comunicar com o outro pode ser classificado de:

- Agressivo;
- Manipulador;
- Passivo (submisso);
- Assertivo.

4

**OBJECTIVOS**

- Promover a Relação de Ajuda;
- Enumerar as principais atitudes e habilidades da Relação de Ajuda;
- Enaltecer a importância que tem a Relação de Ajuda para a qualidade dos cuidados prestados;

2

**COMPORTAMENTOS COMUNICACIONAIS**

O comportamento estabelecido por cada indivíduo ao comunicar com o outro pode ser classificado de:

- Agressivo;
- Manipulador;
- Passivo (submisso);
- Assertivo.

5

**COMUNICAÇÃO**

“A **comunicação** atinge o máximo quando o emissor e o receptor partilham uma relação que se caracteriza por uma autenticidade e transparência, .... por uma aceitação e valorização plena do “outro”... Rogers

“**Comunicar** consiste em “ exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo... perceber, escutar, ouvir o outro... apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós” Phaneuf

3

**COMPORTAMENTOS COMUNICACIONAIS**

Expectativas do doente relativamente aos profissionais de saúde	
Em relação à Comunicação	Em relação às atitudes e comportamentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar-se;</li> <li>• Explicar os tratamentos e os resultados;</li> <li>• Despende o tempo que for preciso para falar com ele;</li> <li>• Mostrar-se consciencioso e aberto a perguntas;</li> <li>• Mostrar coerência na informação;</li> <li>• Interessar-se por os seus problemas e preocupações - escutar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender e mostrar-se presente;</li> <li>• Adequar as suas expressões faciais;</li> <li>• Não dar a impressão de que ninguém tem tempo para eles;</li> <li>• Evitar resolver problemas de serviço no quarto do cliente;</li> <li>• Lembrar-se que o quarto do cliente é um local privado.</li> </ul>

6

## RELAÇÃO DE AJUDA



“... criar condições relacionais que permitam ao outro descobrir o caminho que, em sintonia com a sua subjectividade, lhe permita ser criativo e coerente nas soluções que descobre para ultrapassar as dificuldades ou os problemas... Este processo...leva-o a adquirir mais confiança, a ser mais autónomo e, conseqüentemente, mais responsável ...”. Rogers (1988)

Relação de Ajuda

7

## COMUNICAÇÃO /RELAÇÃO DE AJUDA

O enfermeiro(a)...deve exprimir-se de maneira a ser compreendida e a fazer aceitar o que ela quer transmitir... deve ser simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias, adaptável às reacções do doente”. Phaneuf (2005)

“A comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão *sine qua non* da qualidade dos cuidados”. Phaneuf (2005)



Relação de Ajuda

8

## RELAÇÃO DE AJUDA



“ O técnico que respeita o cliente acredita nele, escuta-o atentamente, abstêm-se de o julgar e tenta compreender o seu ponto de vista”. Hélène Lazure

“ Portanto, os cuidados prestados... Devem encontrar um ponto de apoio sólido em todas as dimensões da relação de ajuda...” Hélène Lazure

Relação de Ajuda

9

## RELAÇÃO DE AJUDA

A “Relação de Ajuda” enquanto instrumento terapêutico, permite minimizar as perdas e limitações da doença, oferece meios e argumentos para que o doente possa integrar na equipa terapêutica.

Relação de Ajuda

10

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL.DE AJUDA

- Aceitação
- Respeito
- Confrontação
- Clarificação



- Autenticidade
- Congruência
- Empatia
- Escuta

Relação de Ajuda

11

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA



#### Aceitação

“Aceitar uma pessoa não é caucionar ou aprovar o seu comportamento, significa somente acolher , sem julgamento e sem exigência de mudança” Phaneuf (2005:336)

Relação de Ajuda

12

## RELAÇÃO DE AJUDA



13

## RELAÇÃO DE AJUDA



16

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA

#### Respeito

Reconhecer no outro a sua dignidade e valor apesar da sua aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida.

14

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA

#### Clarificação

"a enfermeira que quer ajudar o cliente a desenvolver a sua capacidade de clarificação possibilita-lhe que identifique concretamente as suas percepções, sentimentos e experiências relacionadas com problema actualmente"

LAZURE,1995:38

17

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA

#### Confrontação

Consiste em colocar o cliente face a uma determinada realidade, diferente da sua, apresentando factos, recursos e potencialidades.

15

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA

#### Autenticidade

"Capacidade em permanecer sinceramente... no decurso da relação, mantendo-se espontânea e aberta não procurando apresentar uma fachada artificial, nem uma perita na situação do outro. Esta capacidade é essencial ao estabelecimento ao clima de confiança e simplicidade"

Phaneuf 2005

18

## RELAÇÃO DE AJUDA



### AUTENTICIDADE



19

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA



#### Empatia

“ Negar o sofrimento do outra pessoa não faz com que ele desapareça. O sofrimento é subjectivo e é esta subjectiva que justifica a necessidade da empatia numa relação de ajuda... no sofrimento, tal como no nascimento e na morte, estamos sozinhos porque somos únicos” LAZURE,2005:78

Relação de Ajuda

22

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA



#### Empatia

É um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se penetrasse no seu universo, permitindo ao mesmo tempo um certo distanciamento emotivo da pessoa que ajuda que se inclina sobre as emoções do outro. Phaneuf, 2005

Relação de Ajuda

20

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA

#### Saber-fazer e saber estar próprios da empatia:

- ❖ Saber estar à escuta;
- ❖ Saber perceber a mensagem no seu todo, incluindo nela as emoções os sentimentos e os detalhes das experiências;
- ❖ Saber extrair o essencial da mensagem;
- ❖ Saber como comunicar o que se compreende o problema;
- ❖ Saber afirmar-se.

• Phaneuf, 2005

Relação de Ajuda

23

## RELAÇÃO DE AJUDA



### EM PAT I A

Relação de Ajuda

21

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA

#### Escuta

É um processo complexo e tem como finalidade compreender, ver, apreender e sentir o contexto e os sentimentos relacionados com o conteúdo da mensagem verbal e não verbal. LAZURE(1995)



Relação de Ajuda

24

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA

ESCUTAR  OUVIR

“O ouvido ouve as palavras do doente, o olho percebe a sua expressão facial; todo o corpo da pessoa que ajuda está na expectativa do que o doente revela para captar as emoções e os não ditos. A escuta é ao mesmo tempo silêncio e palavra a fim de levar a pessoa a exprimir-se.” Phaneuf, 2005

Relação de Ajuda

25

## RELAÇÃO DE AJUDA

### PRINCIPAIS ATITUDES OU HABILIDADES DA REL. DE AJUDA



#### Congruência

“ A pessoa que ajuda não é jamais obrigada a revelar tudo o que pensa ou sente mas, o que escolhe exprimir, deve senti-lo. A congruência está intimamente ligada à autenticidade.” Phaneuf (2005:365)

Relação de Ajuda

26

## RELAÇÃO DE AJUDA

Não significa dar soluções ou indicar estratégias já elaboradas.

“Se encontrases um homem com fome , não lhe dês um peixe, ensina-o a pescar”  
Confúcio

Relação de Ajuda

27

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA FORMAL E INFORMAL

...é um trabalho que se inscreve no aqui e no agora, explorando o que se passa no presente no presente, pelas suas emoções que emergem que, no momento da entrevista....Esta relação é de natureza terapêutica, estabelecendo-se no decurso de entrevista de ajuda **estruturadas** ou **informais**. Phaneuf, 2005

Relação de Ajuda

28

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA FORMAL

A entrevista de ajuda comporta 4 fases :

- Fase de preparação;
- Fase de orientação;
- Fase de exploração da relação;
- Fim da relação. Phaneuf (2005)

Relação de Ajuda

29

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA FORMAL

- É planificada antecipadamente, segundo um horário;
- É explicitamente aceite pela pessoa ajudada;
- Os seus objectivos são previamente definidos, se possível com a colaboração da pessoa ajudada. São a longo prazo e as mudanças que determinam são progressivas e muitas vezes marcadas. Phaneuf (2005)

Relação de Ajuda

30

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA FORMAL

- É um processo mais de natureza pedagógico que leva a pessoa a sentir se mais serena, mais confiante, mais alegre, mais capaz de reconhecer e de utilizar os seus próprios recursos para evoluir;
- A pessoa que ajuda tem de ter a capacidade de estabelecer uma relação calorosa centrada na pessoa, com capacidade de explorar as diversas habilidades de modo a melhorar o seu estado e criar maior autonomia. Phaneuf (2005)

Relação de Ajuda

31

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA INFORMAL

“... é uma estratégia de comunicação pela qual a enfermeira estabelece um processo de ajuda rápido e espontâneo junto de uma pessoa que vive uma situação penosa a fim de lhe fazer exprimir a sua dor as suas inquietudes, diminuir a sua ansiedade, mostrar lhe que o seu sofrimento foi compreendido e não está sozinha, e manifestar-lhe compreensão empática”. Phaneuf(2005)

Relação de Ajuda

32

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA INFORMAL

“Se bem que imprevista e sem preparação, mesmo sem quadro particular, esta entrevista não possui menos que todas as qualidades fundamentais de uma verdadeira de ajuda. É uma entrevista feita de **escuta**, de **respeito** de **aceitação** de **empatia**. Phaneuf (2005:292)

Relação de Ajuda

33

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA INFORMAL

- A sua necessidade apresenta-se de imprevisto, elabora-se de forma espontânea
- É implicitamente aceite pela pessoa ajudada
- Os seus objectivos são implícitos e definidos pelas circunstâncias ( fazer falar, diminuir a ansiedade, tornar a dar confiança), são a curto termo e as mudanças são muitas vezes insignificantes. Phaneuf (2005)

Relação de Ajuda

34

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA INFORMAL

- É um processo de natureza terapêutica que leva a pessoa a sentir-se mais serena, mais confiante, ajudando a viver uma situação difícil;
- A pessoa que ajuda tem de ter capacidade de estabelecer um a relação de confiança, atitude fundada no respeito, na escuta e na empatia. Phaneuf (2005)

Relação de Ajuda

35

## RELAÇÃO DE AJUDA

### ENTREVISTA DE AJUDA INFORMAL

- A sua necessidade apresenta-se de imprevisto, elabora-se de forma espontânea
- É implicitamente aceite pela pessoa ajudada
- Os seus objectivos são implícitos e definidos pelas circunstâncias ( fazer falar, diminuir a ansiedade, tornar a dar confiança), são a curto termo e as mudanças são muitas vezes insignificantes. Phaneuf (2005)

Relação de Ajuda

36

## RELAÇÃO DE AJUDA

### DISCUSSÃO DO CASO PRÁTICO... Sr. F!...

Relação de Ajuda

37

## RELAÇÃO DE AJUDA

“O ser humano é como a bolota de um carvalho, que possui tudo o que é preciso para se tornar numa grande árvore, também ele tem tudo para evoluir.”Phaunef (2005), citando Rogers



Relação de Ajuda

38

## RELAÇÃO DE AJUDA

### E EM MEIO PRISIONAL...

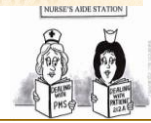
Para estabelecer uma relação sujeito a sujeito, a enfermeira tem de aceitar envolver-se. Tem de apresentar disponibilidade intelectual e afectiva para compreender o apelo do doente e intervir em função da necessidade de ajuda que ele expressa. Mª Helena T. Filipe, 2000

Relação de Ajuda

39

## RELAÇÃO DE AJUDA

### BIBLIOGRAFIA



LAZURE, Hélène – Viver a Relação de Ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

FILIFE, M.ª Helena Tempera – Cuidar na Prisão – Estudo fenomenológico. Dissertação de mestrado apresentada na área de teologia e ética da saúde. Universidade Católica Portuguesa, 2000

PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005.

ROGERS, Carl R. – Poder pessoal. Lisboa, Moraes Editores, 2002.

Relação de Ajuda

40

## RELAÇÃO DE AJUDA

OBRIGADA(O),  
PELA VOSSA  
PRESENÇA!!



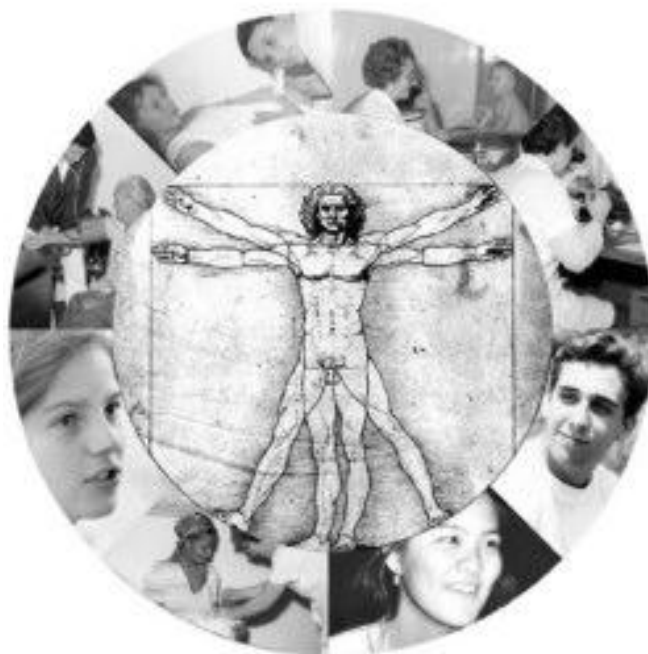
Relação de Ajuda

41

## **APÊNDICE K – “NECESSIDADE DE CUIDADOS DOS UTENTES EM PMO DA ET DE OEIRAS”**

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

**NECESSIDADES DE CUIDADOS DOS UTENTES EM**  
**PROGRAMA DE MANUTENÇÃO OPIÁCEA DA ET**  
**DE OEIRAS**



Realizado por: Sara Ribeiro, nº aluno: 192009126

Sob Orientação Prof. Paulo Seabra

Campus de Sintra Março 2011

## INDICE

<b>INDICE DE GRÁFICOS .....</b>	<b>3</b>
<b>SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>4</b>
<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>8</b>
2.1. FORMULÁRIO DE ENTREVISTA – INDICES DE SEVERIDADE DA ADICÇÃO - EUROPASI-X .....	8
2.2. QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE - SF-36, v2 .....	9
2.3. QUESTIONÁRIO SAÚDE GERAL – 28 itens .....	10
<b>3. RESULTADOS OBTIDOS .....</b>	<b>12</b>
3.1. RESULTADOS DO EuropASI .....	12
3.1.1. Dados complementares do formulário EuropASI (Anexo V) .....	14
3.2. DADOS RESULTANTES DO SF36V2 .....	16
3.3. DADOS RESULTANTES DO QSG – 28 .....	17
<b>4. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS .....</b>	<b>19</b>
4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS - EuropASI .....	20
4.2. CONTEXTUALIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS - SF36v2 .....	23
4.3. CONTEXTUALIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS - QSG 28 - .....	26
<b>5. REFLEXÃO FINAL .....</b>	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO I – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA EUROP ASI .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE - SF36v2 .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO III: SIGNIFICADO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO SF36 .....</b>	<b>52</b>
<b>SIGNIFICADO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO SF-36 .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO IV: DADOS OBTIDOS COM EUROP ASI – ENTREVISTA DE FOLLOW UP .....</b>	<b>55</b>

<b>ANEXO V: DADOS DO EUROPASI.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO VI: DADOS- SF26.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO VI: DADOS DO QUESTIONÁRIO SF36v2.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO VII: DADOS DO QSG-28.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO VIII: DADOS DO QSG 28 .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO VIII: DADOS DO QSG 28 .....</b>	<b>63</b>

## **INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Resultados do ASI - Utente LE.....	13
Gráfico 2: Resultados do ASI - Utente AM .....	13
Gráfico 3: Resultados do ASI .- Utente PC .....	13
Gráfico 4: Resultados do ASI - Utente CR.....	13
Gráfico 5: Tipo e numero de vezes que os participantes fizeram tratamento.....	15
Gráfico 6: Problemas Psiquiátricos identificados pelos participantes ao longo da via (nº de vezes) .....	15
Gráfico 7: Resultados do questionário SF36 versão reduzida SF8 – Componente física e psíquica.....	17
Gráfico 8: - Sub- grupos do QSG-28 – Soma dos scores da amostra (n=4).....	18



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática Enfermagem

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

EP – Equipa de Tratamento

EuropASI - *Addiction Severity Index*

IDT, IP – Instituto da Droga e Toxicoddependência

MDP – Manual de Desenvolvimento Profissional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial Saúde

PMO – Programa de Manutenção Opioide

QSG - Questionário de Saúde Geral

SF36 - *Medical Outcomes Study 36*

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

## 1 – INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros entende que “ o saber especializado em enfermagem deverá ser decorrente do aprofundar do conhecimento da pessoa já que, por definição os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”. OE (MDP, 2007, p.9-20)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorreu na UCP, surge o presente trabalho que é parte integrante do ensino clínico - modulo III – que decorreu na Equipa de Tratamento de Oeiras (ET de Oeiras).

Collière (1999, p.156), afirma que, “...uma profissão consciente dos seus deveres deve colocar questões que mereçam suscitar pesquisa, estar disposta a permitir investigação referentes à sua actividade e, fazer na prática o objecto das suas pesquisas”.

Nesta linha de pensamento, no contexto prático (estágio no ET de Oeiras), estava a decorrer uma investigação sobre “necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas, realizada no âmbito dos cuidados de enfermagem por um Enfermeiro doutorando. Para otimizar o meu estágio decidi contribuir para a minha aprendizagem e intervenção (integrando a equipa de investigação), colaborando nesta etapa de colheita de dados e aplicar os dados na intervenção clínica (entrevistando 4 utentes e com base na avaliação realizada, traçar o plano de cuidados). A opção fundamentava uma prestação de cuidados baseada na avaliação sistematizada.

Assim, considereei como objectivo geral para o presente trabalho: Avaliar as necessidades de assistência dos utentes em programa de manutenção opiácea.

Entendo que, compreendendo como os problemas afectam o toxicodependente, numa(s) determinada(s) área(s) especifica, podemos melhorar o plano efectivo de tratamento/suporte. Igualmente importante é, a percepção do toxicodependente sobre a sua saúde geral e da qualidade de vida para ajudar a perceber como o utente entende ou avalia o seu estado permitindo-nos identificar potenciais focos de atenção da enfermagem. Leininger em 1991, com a Teoria da Diversidade e

Universalidade Cultural do Cuidado acrescenta que, o cuidado de enfermagem emerge no próprio contexto cultural onde daí se desenvolve, “ (...) é um comparativo e análise de culturas

em relação às práticas de cuidado de enfermagem, visando um atendimento significativo e eficaz às pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto saúde/doença”. (1991)

Nesta sequência, foram utilizados três instrumentos para a colheita dos dados que faziam parte do modelo de recolha de dados da referida investigação, designadamente: um formulário de entrevista que avalia o índice de severidade da adição -EuropASI-X (Addiction Severity Index); um questionário de estado de saúde - SF36v2 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short - For, versão portuguesa) que avalia o estado de saúde e a qualidade de vida e o Questionário de Saúde Geral (QSG-28) que avalia o actual estado da saúde mental. Os instrumentos anteriormente referidos servem de suporte para a avaliação da prática clínica na assistência a pessoas consumidoras de drogas atendendo a auto percepção sobre a saúde geral (física e psíquica) e da qualidade de vida.

Inerente às competências profissionais e pessoais que são conferidas ao enfermeiro para a prática do cuidar entende OMS (citado por OE, 2006, p.29-31) que o objectivo é “... ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham”. A mesma fonte, destaca que o campo de acção dos enfermeiros abrange a “prevenção, identificação de necessidades, planeamento, execução e avaliação de cuidados...” (p.29-31) Tendo em consideração o anteriormente exposto, para o presente trabalho defini três objectivos específicos:

- ✓ Reflectir sobre a prática clínica na assistência ao toxicodependente com vista à sua reabilitação e reinserção;
- ✓ Aprimorar habilidades/competências de entrevista de colheita de dados na área de especialização de saúde mental e psiquiatria;
- ✓ . Mobilizar a avaliação sistematizada, na prática clínica.

Como ponto de partida para dar resposta aos objectivos propostos procedi à pesquisa bibliográfica onde pude constatar que existem alguns trabalhos e artigos de investigação realizados sobre a temática em estudo. Entre os vários achados bibliográficos neste âmbito, encontrei um estudo realizado pelo Eixo Caldas da Rainha numa população de adultos cujos resultados mostraram que os principais problemas relacionados com a adição residem na: Precariedade económica e social; História familiar de uso/abuso de substâncias psicoactivas; Comportamentos anti-sociais, designadamente, envolvimento em situações de violência física e psicológica; Conflitos familiares; Baixa auto-estima; Agressividade; Problemas de saúde mental; Susceptibilidade à pressão negativa de pares; Dificuldade na reinserção socioprofissional; Desvinculação social; Situação de sem-abrigo (tendas de campismo na mata ou ocupação de edifícios devolutos) ou habitação degradada; Ausência de respostas adequadas ao nível da higiene e alimentação; Respostas insuficientes ao nível do apoio psicossocial.

Para o actual estudo participaram quatro toxicodependentes (2 sexo masculino e 2 do feminino) com idades superiores a 30 anos que se encontram em tratamento no ET de Oeiras. Em comum reside o facto de todos terem vivenciado uma determinada realidade face à problemática em estudo – dependência de substâncias – e de integrarem o programa de manutenção opiácea com metadona. Os utentes, aceitaram voluntariamente participar no estudo após a explicação prévia do objectivo do estudo (integrado na investigação mais alargada). Definido o percurso a utilizar e a amostra procedi à marcação das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos utentes. Para o presente trabalho adoptei a seguinte estrutura: enquadramento conceptual dos instrumentos de colheita de dados, apresentação dos resultados que considere serem mais relevantes obtidos através dos instrumentos de colheita de dados utilizados (em gráficos e de forma descritiva); contextualização dos resultados obtidos (comparando-os com a literatura) e por ultimo uma reflexão sobre os resultados e das implicações dos mesmos para a prática clínica. Em anexo, estão disponíveis os dados resultantes dos instrumentos EuropASI –X, SF36v2 e QSG 28e a bibliografia que serviu de suporte para a interpretação dos mesmos.

## 2. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Dos instrumentos de colheita de dados utilizados constaram: um formulário de entrevista EuropASI-X (Anexo I) ; um questionário de avaliação da qualidade de vida - *Medical Outcomes Study 36 - Item Short For*, na versão portuguesa questionário Geral de Saúde SF-36 e o *General Health Questionnaire- 28* na versão portuguesa Questionário de Saúde Geral (QSG-28). Exceptuando-se o formulário da entrevista ASI, os dois questionários seleccionados foram de auto preenchimento.

Os instrumentos usados na pesquisa, estão devidamente autorizados pelos seus autores, para utilização na pesquisa para doutoramento, que decorre na ET. Seguidamente farei uma breve abordagem sobre os instrumentos de colheita de dados utilizados.

### 2.1. FORMULÁRIO DE ENTREVISTA – INDICES DE SEVERIDADE DA ADICÇÃO - EUROPASI-X

O formulário EuropASI – X é baseado no instrumento “The Expanded Female Version of the Addiction Severity Index (ASI) - “ASI-F” (Brown, E., Frank, D. & Friedman, A. 1997). O “ASI-X – adaptação portuguesa” foi realizado com o apoio do Núcleo de Estudos das Perturbações pelo Uso de Substâncias (NEPPUS) e pelo Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (NEICC/FPCEUC).

O instrumento ASI-X trata-se de uma entrevista semi-estruturada de cerca de quarenta minutos de duração, composta por um conjunto de subescalas que avaliam o funcionamento em áreas de vida (médico, emprego e suporte social, consumos, familiar, legal e psicológico) áreas estas que, segundo a literatura, estão fortemente associadas à problemática da Toxicodependência. O presente instrumento pretende avaliar a gravidade com que é percebida por o doente em cada uma das áreas anteriormente referidas ou seja, é avaliada a “necessidade de tratamento adicional” (definição de gravidade segundo ASI).

A avaliação é feita tendo em conta a escala do paciente (varia entre 0=Nada significa sem problema e/ou sem necessidade de ajuda até 4= extremamente em que é reconhecido a existência do problema no limite máximo tal como a necessidade de ajuda). Dependendo da história de sintomatologia problemática, condições de vida actuais e percepção subjectiva da necessidade de tratamento de uma determinada área, bem como dos problemas colaterais da percepção por parte do doente da necessidade de tratamento poder-se-á avaliar as necessidades de cuidados e conseqüentemente elaborar um plano terapêutico mais ajustado à problemática. Por outro lado, o entrevistador avalia, segundo a sua percepção, numa escala que varia de zero a nove os perfis de severidade em relação às áreas, concretamente: 0-1 nenhum problema real, o tratamento não é indicado; 3-2 pequeno problema, o tratamento provavelmente não é necessário; 4-5 problema moderada, algum tipo de tratamento indicado; 6-7 problema considerável, o tratamento necessário; 09-08 problema grave, o tratamento absolutamente necessário. Estas avaliações devem ser baseadas em relatórios de quantidade, duração e intensidade dos sintomas, em uma área de problema.

Os resultados obtidos oferecem dados do perfil geral do estado problemático do doente contribuindo para o planeamento inicial do tratamento e encaminhamento. Os *scores* obtidos, a soma dos itens em cada área problemática, avaliam a natureza e a gravidade dos problemas de tratamento dos doentes na admissão ao tratamento e no seguimento (baseado no período dos 30 dias anteriores e não da vida toda). A escala de severidade varia entre zero e um, considera-se que o doente tem existe uma severidade baixa se o valor for inferior a 0,5 e elevada se for superior a esse valor (máximo é um).

## 2.2. QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE - SF-36, v2

Questionário de Estado de Saúde - SF-36v2 (Anexo II): - é a versão Portuguesa do Medical Outcomes Study 36 — Item Short Form SF-36, version 2. É um questionário, “... uma medida breve de avaliação do Estado de Saúde podendo ser utilizado para múltiplos objectivos, por exemplo, económicos ou clínicos. Os objectivos clínicos pretendem avaliar a Qualidade de Vida ou a percepção do Estado de Saúde de forma a orientar recursos limitados ou as escolhas do doente perante tratamentos ou programas de intervenção alternativos. Este questionário é

uma das técnicas mais utilizadas na avaliação do estado de saúde e foi desenvolvida a partir da definição matricial da OMS” Pais Ribeiro (2005, p. 81).

O SF-36 é um questionário é um instrumento auto-aplicável, multidimensional formado por 36 itens, aglomerados em 8 escalas ou categorias nomeadamente: função física (10 itens), desempenho físico (4 itens), dor corporal (2 itens), saúde geral (5 itens), vitalidade (4 itens), função social (2 itens), desempenho emocional (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde actual e de um ano atrás a mudança de saúde. Avalia aspectos negativos de saúde (doença) e aspectos positivos (bem-estar). Os dados obtidos são transformados em *scores* que variam entre 0-100 de cada categoria que corresponde à percentagem da pontuação total possível. Assim, quanto mais baixos forem esses valores, pior será o estado de saúde da pessoa, no que se refere à dimensão em análise. (Vide Anexo III - significado e interpretação dos resultados do SF-36)

Pais Ribeiro (2005) produziu ainda, a partir do questionário SF36, uma versão reduzida (SF8) adaptada para a população portuguesa. Considera o autor que, é possível agrupar as oito dimensões (do SF36) em dois grandes componentes: “**Componente Físico** (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Percepção Geral de Saúde) e **Componente Mental** (Vitalidade, Saúde Mental, Funcionamento Social e Desempenho Emocional)”. (pag.85)

### 2.3. QUESTIONÁRIO SAÚDE GERAL – 28 itens

O Questionário da Saúde Geral 28 itens (QSG) é a versão portuguesa do *General Health Questionnaire* (GHQ) numa versão reduzida do instrumento original de 60 itens. É um instrumento auto-aplicável, utilizado para avaliar o estado actual da saúde mental da pessoa, identificar casos potenciais de perturbação psiquiátrica não psicótica e/ou na presença destes avalia a severidade dos mesmos ou seja, permite apurar o desvio da saúde mental. (Golberg, 1972;1985 apud Pasquali e tal. 1996). De acordo o autor, o QSG - 28 visa identificar a incapacidade para realizar as actividades usuais que uma pessoa saudável realizaria ou seja, essa incapacidade pode dever-se à presença de sintomas somáticos, ansiedade/insónia, disfunção social e depressão grave.



O questionário contém 28 itens, integrando cada um deles uma escala ordinal de quatro posições. As alternativas de cotação são, (0,0,1,1); (0,1,2,3) ou (1,2,3,4). A soma total das respostas indica estado mental da pessoa no momento. Este instrumento inclui 4 subgrupos cada um deles integra sete itens. Os subgrupos são designados por: “Sintomas Somáticos” (item 1 a 7), “Ansiedade e Insónia” (item 8 a 14), “Disfunção Social” (item 15 a 21) e “Depressão Grave” (item 22 a 28). Considerando a cotação adoptada o valor total do questionário pode variar entre “0” e “84” e cada subgrupo entre “0” e “21”. Valores mais elevados neste questionário correspondem a pior saúde mental sendo o corte não sintomático vs corte sintomático de patologia mental se obtiver o resultado de 39/40 ou seja, inferior a esta cotação não há sintomatologia de doença mental. A análise factorial dos subgrupos fornece dados do perfil individual da pessoa úteis para de uma forma objectiva ajudar na formulação do diagnóstico de doença mental.

Terminada a apresentação dos instrumentos de colheita de dados utilizados e antes de passar à apresentação dos dados obtidos apenas destaco que, atendendo a que, a temática diz respeito a seres humanos, antes do inicio da aplicação dos instrumentos, foi pedido aos participantes que lessem e assinassem o consentimento se concordassem participar no estudo conferindo a voluntariedade da sua participação e garantindo-lhes confidencialidade e anonimato. Os nomes dos utentes não constam em nenhum dos documentos fazendo-se-lhes corresponder as iniciais do nome e do apelido para poderem ser identificados no estudo. Foi ainda, explicado aos participantes que o estudo não teria quaisquer implicações no seu tratamento e poderiam abandonar o estudo a qualquer momento se essa fosse a sua pretensão.

### 3. RESULTADOS OBTIDOS

De acordo com Fortin (2003) “a análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos...” (p.277). Partindo deste pressuposto seguidamente apresento dados referentes à caracterização da amostra.

Neste estudo participaram 4 toxicodependentes que se encontravam em programa de manutenção opiácea no ET de Oeiras, residem no concelho de Oeiras e são de nacionalidade portuguesa. Quanto ao sexo, dois são do sexo masculino e dois do sexo feminino sendo a média de idades 42 anos. Em relação às habilitações literárias três frequentaram o ensino secundário e um o ensino básico. Dois dos participantes são divorciados e vivem com o parceiro sexual, um divorciado e vive sozinho e outro é solteiro e coabita com familiares. Em relação à habitação, dois dos utentes estão desalojados (o LE e a CR à cerca de 12 e 18 meses respectivamente) tendo nos últimos 30 dias ficado num prédio abandonado, um reside com familiares e o outro em habitação alugada.

As participantes do sexo feminino designadamente a utente AM esteve grávida cinco vezes e tem dois filhos (ambos são maiores de idade, independentes), a utente CR teve grávida uma vez e não tem filhos. Os participantes do sexo masculino o Sr. LE tem dois filhos (um vive só com a mãe e outro está ao cuidado de membro familiar) e o Sr. PC não tem filhos.

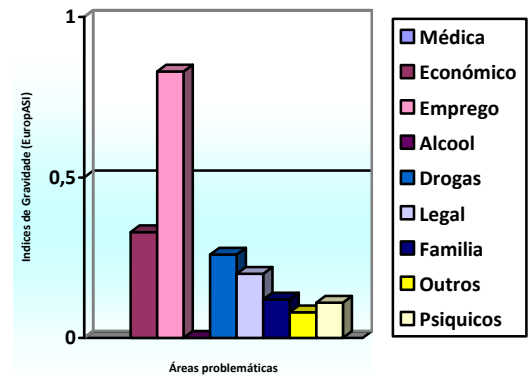
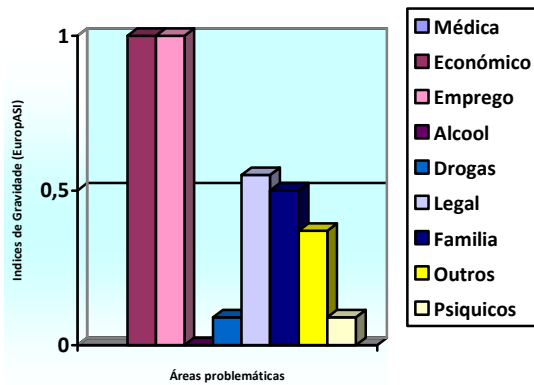
Nos subcapítulos seguintes apresento os dados obtidos através dos instrumentos de colheita de dados utilizados. Para não tornar muito exaustiva a descrição dos dados optei por apresentar os dados que considero serem mais relevantes remetendo para anexo os restantes resultados obtidos.

#### 3.1. RESULTADOS DO EuropASI

Tal como oportunamente referi, com o formulário de entrevista EuropASI, é meu objectivo avaliar a gravidade percebida pelo doente em cada uma das áreas nomeadamente, ao nível médico, económico, emprego, álcool, drogas, legal,

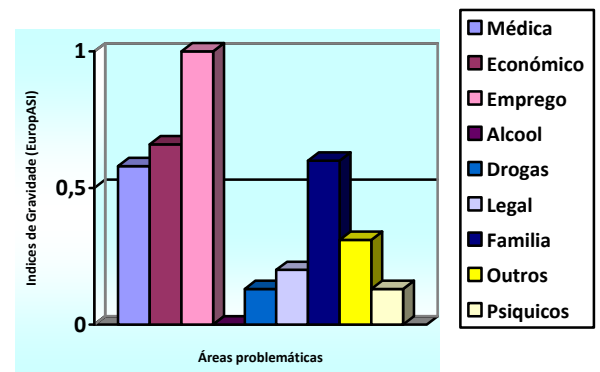
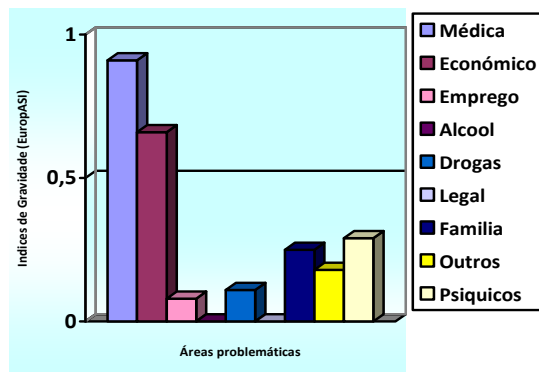
família, outros e psíquicos. Seguidamente, apresento os dados obtidos através do formulário (Anexo IV), individualmente, para cada um dos participantes, sob a forma de gráficos para permitir uma mais fácil visualização e interpretação dos resultados.

**Gráfico 12: Resultados do ASI - Utente LE**



**Gráfico 15: Resultados do ASI - Utente CR**

**Gráfico 13: Resultados do ASI - Utente AM**



**Gráfico 14: Resultados do ASI .- Utente PC**

Analisando o gráfico nº 1, verifica-se que, para o utente. LE os problemas relacionados com emprego e suporte económico comportam níveis de severidade alto (1), seguidos dos problemas legais (0,55).

Para a utente AM as áreas médicas seguida de área económica apresentam índices de severidade alto. (Gráfico 2). A utente AM tem problemas médicos

designadamente, patologia do foro osteoarticular, que a limitam diariamente tendo mesmo sido este o principal motivo pelo qual abandonou a profissão (hospedeira de bordo). Actualmente vive de uma pensão por razões médicas que considera ser insuficiente para o seu sustento.

Já o utente PC considera que apenas a área do emprego representa severidade alta. (Gráfico 3). O utente em causa é o mais jovem dos participantes e, embora esteja empregado manifesta algum descontentamento com a profissão actual.

No gráfico 4 estão representados os índices de severidade resultantes do formulário do EuropASI da utente CR sendo, alto para a área do emprego (1), problemas económicos (0,66) seguidos de problemas familiares (0,60) e problemas médicos (0,58).

### **3.1.1. Dados complementares do formulário EuropASI (Anexo V)**

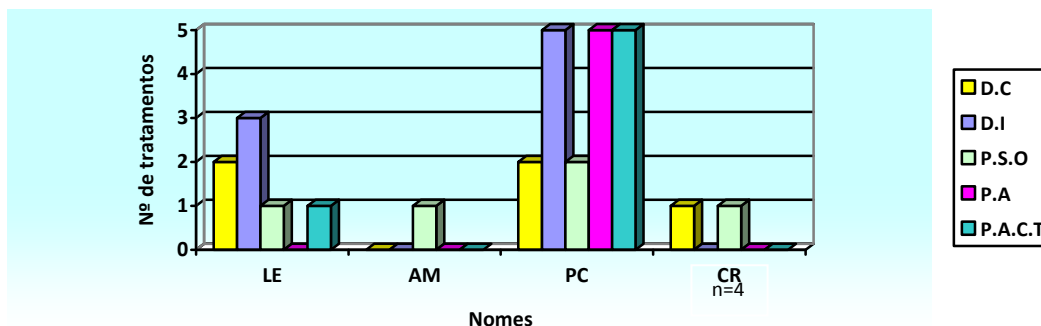
Numa análise mais global dos resultados obtidos pelo formulário da entrevista EuropASI no que se refere, ao abuso de álcool/drogas os resultados revelaram que existe severidade baixa presumindo-se que não existe necessidade de tratamento adicional para estas áreas. Em relação ao uso/dependência de substâncias os resultados mostram o seguinte:

- Para o uso do álcool verificou-se que em média o primeiro consumo foi aos 13 anos à excepção de um dos participantes que referiu nunca ter ingerido álcool. Os participantes negam haver dependência de álcool;
- O primeiro uso de drogas verificou-se que, a média de idades ronda os 15 anos. Constatou-se também que a moda do primeiro uso se situa no consumo de cannabis (fumada). Quanto à idade de início de consumo de mais do que uma substância por dia (policonsumos) a média situa-se nos 23 anos.

Ainda, sobre a área de vida do doente relacionada com os problemas de abuso de álcool e drogas foi perguntado aos participantes se haviam realizado tratamentos de desintoxicação caseira (D.C), desintoxicação em regime de internamento (D.I); programa de substituição (P.S); programa de abstinência (P.A); programa de abstinência em comunidade terapêutica (P.A.C.T); lar/hospital de dia (L/H.D);

hospital psiquiátrico (H.P); outro hospital/bloco especializado (O.H/B.E) e/ou outro tratamento (O.T). Neste campo, os resultados mostram que: (ver gráfico 6)

**Gráfico 16: Tipo e numero de vezes que os participantes fizeram tratamento**

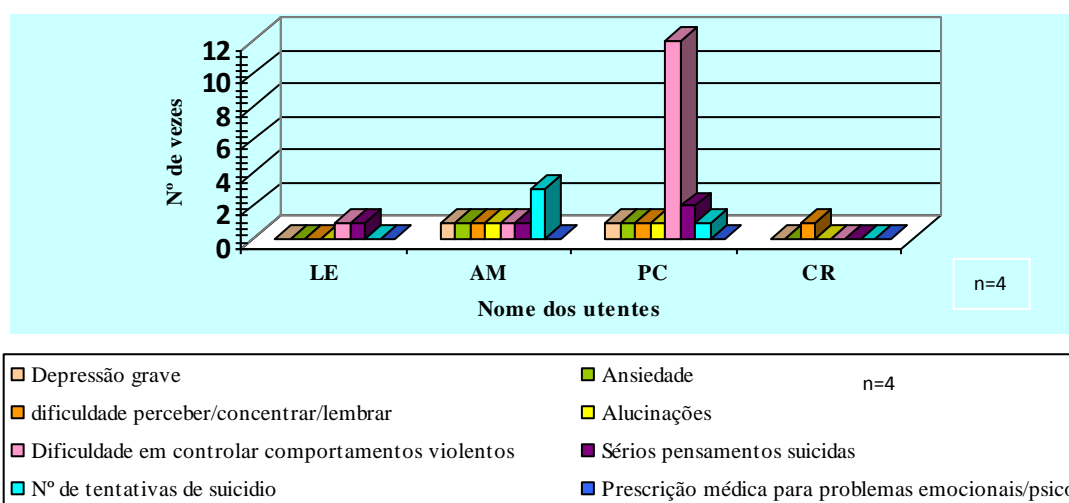


Interpretando o gráfico nº5 verifica-se que os participantes nunca realizaram tratamentos em L/H.D; H.P.; O.H./B.E. e/outro tratamento. Destaca-se o utente PC que não só realizou maior número como experienciou mais tipos de tratamento (no total 19).

Numa outra área, relacionada com os problemas psiquiátricos, nos últimos 30 dias os resultados obtidos revelam que, na percepção dos participantes estes causam poucas ou nenhuma limitações no seu funcionamento diário.

Já em relação ao longo da vida os resultados mostraram que os problemas deste foro afectaram o seu funcionamento em determinados momentos como se pode verificar no gráfico nº6:

**Gráfico 17: Problemas Psiquiátricos identificados pelos participantes ao longo da via (nº de vezes)**



Da leitura do gráfico pode constatar-se que o utente PC é quem mais dificuldade teve em controlar comportamentos violentos (12 vezes) seguido de sérios pensamentos suicidas (2 vezes). Por sua vez, a utente AM identificou 3 episódios de tentativas de suicídio.

### 3.2. DADOS RESULTANTES DO SF36V2

O questionário SF36V2 como anteriormente referi, pretende avaliar a qualidade de vida ou a percepção do estado de saúde da pessoa para ajustar as intervenções ou tratamentos de acordo com as necessidades identificadas pelos próprios.

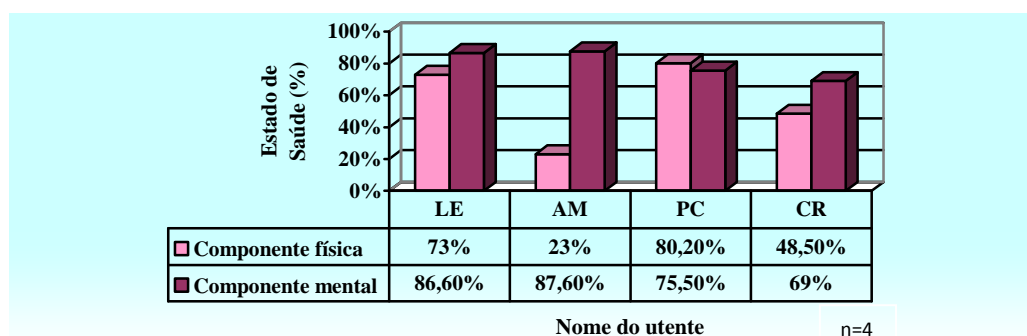
Dos resultados obtidos através do SF36 verificou-se o seguinte: (Anexo VI)

- O utente LE de uma forma geral, poder-se-á afirmar que apresenta um bom estado de saúde com valores altos (scores itens acima dos 62%) para as dimensões em análise sendo o valor mais baixo atribuído à dimensão “dor corporal”. Considera ainda (utente) como muito melhor o seu estado geral actual (e saúde) comparativamente à um ano atrás;
- A utente AM apresenta baixos valores na cotação geral das dimensões em análise significando que, a mesma entende que o seu estado de saúde está muito debilitado excepto na dimensão do desempenho emocional (Valor 100%) seguida da saúde mental (68%). Ainda assim, comparativamente há um ano atrás a utente considera ter havido algumas de saúde.
- O utente PC desempenha as suas actividades habituais sem dificuldades de maior considerando que, os valores obtidos da soma dos itens de cada dimensão se encontram acima dos 60 %. O valor mais baixo é atribuído à dimensão que avalia a vitalidade (60%) seguida da função social (62%). Em relação à mudança de saúde comparativamente há um ano atrás o utente considera ter havido algumas melhoras.
- A utente CR apresenta nas dimensões dor corporal e desempenho físico *scores* baixos (22% e 25% respectivamente) áreas que na sua percepção interferem significativamente no seu estado de saúde. Concretamente, a utente encara os problemas físicos e a intensidade/desconforto provocado pela dor como sendo limitativos do seu desempenho diário e que conseqüentemente contribuem para

uma pior qualidade de vida. No que se refere à mudança do estado de saúde comparativamente à um ano atrás a utente considera que está um pouco pior.

Apresentados os dados que considero mais significativos resultantes do questionário SF36 pareceu-me pertinente utilizar a versão reduzida do questionário SF36 construído, por o mesmo autor, para desta forma dar mais evidencia aos resultados obtidos. Assim, no gráfico seguinte apresento os resultados obtidos que são a média (da soma dos *scores* dos 4 itens em %) correspondentes às duas componentes – física e mental para cada um dos utentes. (Gráfico nº7).

**Gráfico 18: Resultados do questionário SF36 versão reduzida SF8 – Componente física e psíquica**



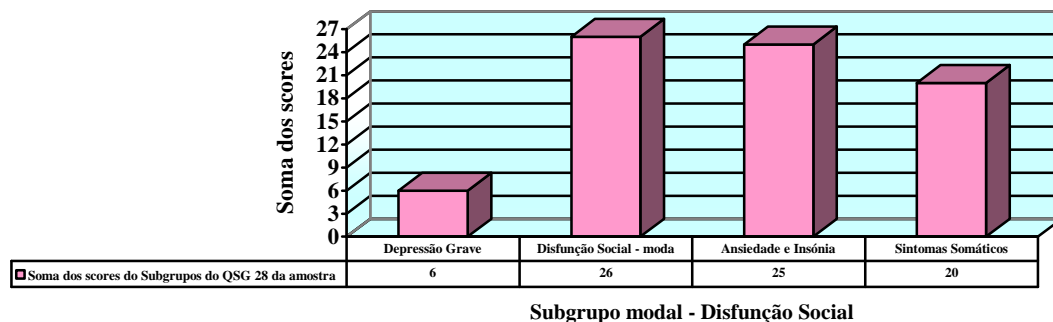
Da leitura do gráfico constata-se que, a utente AM se destaca na componente física com uma baixa percentagem que significa que ao nível físico existe um grande comprometimento do seu estado. Observa-se ainda que, os participantes na componente psíquica apresentam *scores* bastantes elevados levando a crer que a saúde mental dos utentes está preservada e que pouco ou muito pouco interferem na sua qualidade de vida actual.

### 3.3. DADOS RESULTANTES DO QSG – 28

Os resultados obtidos do QSG-28 mostram que (Anexo VII), o actual estado da saúde mental dos participantes não os impossibilita de realizar as actividades usuais indicando que, não há sintomatologia de doença mental. (scores totais abaixo do valor 39/40). Da análise factorial dos sub grupos do QSG -28 (sintomas somáticos, ansiedade/insónias; disfunção social e depressão grave) verifica-se que os respondentes, de uma forma geral, consideram ser a disfunção social que mais interfere no desempenho das actividades de vida. Estatisticamente como se pode

verificar no gráfico seguinte (a soma dos scores obtidos de cada um dos QSG de cada subgrupo da amostra) verifica-se que o subgrupo modal se situa na disfunção social embora esteja praticamente a par com a ansiedade/insónia. (Gráfico nº8).

**Gráfico 19: - Sub- grupos do QSG-28 – Soma dos scores da amostra (n=4)**



Na análise do QSG 28 verificou-se também que, a utente CR é a que apresenta um *score* total mais elevado em comparação com os restantes participantes ainda assim, os valores situam-se no corte não sintomático para doença mental (segundo escala avaliação do QSG-28). Da análise factorial dos subgrupos do QSG 28 da utente CR verifica-se que os sintomas somáticos e de ansiedade/insónia são o mais cotados o que significa que são a área mais problemática para a utente. Em relação à depressão grave verifica-se que no momento actual os inquiridos identificam pouca ou nenhuma sintomatologia. (Anexo VIII).

Terminada a apresentação dos dados que estatisticamente considerei ser mais significativos no capítulo seguinte, farei a análise descritiva e a interpretação dos resultados obtidos contextualizando-os com a literatura consultada sobre a temática.

#### 4.CONTEXTUALIZAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

A actual abordagem de saúde/doença identifica os toxicodependentes como pouco saudáveis, sendo os seus comportamentos considerados como preditivos do aumento de doenças crónicas e da diminuição da qualidade de vida (Paul & Fonseca, 2001 cit in Escudeiro et. al., 2006)

O toxicodependente consome com o objectivo de daí obter benefícios. Esse comportamento, conduz a danos ao nível da saúde (psíquicos e físicos), ao nível social, a curto ou a longo prazo.

A OMS em 1969 definia a toxicodependência como doença como sendo:

*“Um estado psíquico e muitas vezes físico, resultante da interacção entre um organismo vivo e uma substância. Esta interacção é caracterizada por alterações do comportamento, a par com outras reacções que levam o utilizador a tomar a substância de forma continuada ou periódica, a fim de reencontrar os efeitos psíquicos e também evitar o desconforto provocado pela sua privação” OMS 1969 (Cit in Marcelli & Braconnier, 1989, pp.207).*

Segundo o IDT, IP (2006), em Portugal à semelhança dos outros países, o consumo de drogas tem repercussões graves a nível de doenças infecciosas e da saúde pública em geral. O impacto do abuso de substâncias pode prejudicar o doente, na sua saúde e/ou estilo de vida, na relação com a família e amigos, no emprego e consequentemente dificuldades económicas. Aliados aos factores anteriormente descritos podem estar problemas com a justiça. O indivíduo apresenta no geral um comportamento padrão socialmente desadaptado com implicações de ordem médica, psicológica, moral e jurídicas. (Cardoso, 2001).

Perante o exposto anteriormente, poderei considerar que a escolha dos instrumentos de colheita de dados utilizados foi oportuna. De acordo com a literatura, os consumidores de drogas constituem uma população heterogénea e com necessidades específicas que exigem uma abordagem multidisciplinar. Importa assim, identificar as necessidades/problemas e o índice de severidade da adição na perspectiva do utente, incluindo a percepção sobre o seu estado de saúde actual (física e psíquica) e da qualidade de vida. Pois, para avaliar a prática clínica é imperativo entender as vivencias da pessoa, na primeira pessoa porque cada qual pode experienciar o mesmo problema de forma distinta, resultando em

diferentes manifestações de sintomas e de comprometimento do funcionamento nas actividades de vida diária.

#### 4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS - EuropASI

O formulário da entrevista ASI avalia o funcionamento em áreas de vida (médico, emprego e suporte social, consumos, familiar, legal e psicológico) medindo a gravidade, na percepção dos participantes, que o comportamento aditivo causa nessas áreas.

Segundo a literatura, a dependência de substâncias “produzem várias perturbações em termos físicos, emocionais e sociais, que são preditivas do aumento de doenças crónicas e por uma quebra significativa da qualidade de vida dos sujeitos (Escudeiro et. al, 2006, Kourthuis e tal., 2008, Teva et. al, 2004). Nesta sequência, os resultados obtidos parecem estar em concordância com o descrito na literatura como se poderá constatar de seguida. De acordo com a DSM IV TR (APA, 2002), dependência de substâncias é caracterizada por, um padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a um défice ou sofrimento clinicamente significativos. Inevitavelmente o abuso/dependência de substâncias causa danos na pessoa, na sua saúde ou no seu estilo de vida e na sua capacidade de desempenhar as actividades de vida diárias.

Nesta sequência, os resultados obtidos mostram que a primeira droga usada pelos participantes foi a cannabis (fumada), com início (em média) aos 15 anos. Os resultados estão em concordância com a literatura, considerando que, é na adolescência que ocorre o primeiro contacto com as substâncias. As várias razões apontadas para o início do uso de drogas nesta etapa da vida são as mudanças biológicas, psíquicas e de novas vivências que ocorrem simultaneamente, altura em que a labilidade emocional e a sensibilidade se encontram no auge. No entanto, os resultados mostraram também que, ao longo da vida a heroína é a droga mais utilizada pelos participantes e a que mais dano causa no funcionamento das actividades habituais. Em Portugal, segundo o relatório anual do IDT (2006), “ a cannabis é a substância ilícita mais consumida contudo a heroína está classificada entre os consumos mais problemáticos e de maior uso”. Os resultados mostraram também que, todos os participantes experienciaram o

uso de mais do que uma substância ao longo da vida (idades do policonsumo situa-se em média nos 23 anos de idade). Da pesquisa bibliográfica realizada pode constatar que frequentemente, uma pessoa dependente de uma determinada substância num período da vida experiencia o uso de mais do que uma substância o que está em concordância com os resultados obtidos.

No que respeita aos vários tratamentos, enunciados no formulário, verificou-se que, o programa de substituição opiácea (com metadona) é o tipo de tratamento a que os participantes mais recorrem. Os restantes resultados, referentes aos tratamentos foram pouco significativos excepto o utente PC que assumiu ter realizado no total 19 tratamentos.

Os problemas médicos são identificados pela utente AM como extremamente severos indicando haver um mau funcionamento nessa área. Aponta (utente AM) que, os problemas médicos foram motivo pelo qual abandonou a profissão (hospedeira de bordo) que a colocou com algumas dificuldades económicas. Também a utente CR, apresenta níveis de severidade acima da média nos problemas médicos, carecendo de tratamento e de vigilância médica com frequência. A utente em causa considera que a patologia respiratória (asma) influencia negativamente o seu desempenho diário.

Em relação aos problemas económicos, a utente AM que está reformada (antecipadamente), considera ter necessidade de tratamento adicional na área económica uma vez que, vive de uma pensão atribuída por razões médicas que considera ser insuficiente para o seu sustento. Em relação à área de emprego, o utente PC refere estar a trabalhar (fiel de armazém) mas necessita de ajuda nesta área (índice de severidade 0,83) porque está muito descontente com a profissão actual.

Para a utente CR os problemas relacionados com emprego e suporte económico comportam níveis de severidade alto respectivamente, 1 e 0,66 (índice de severidade EuropASI) à semelhança do utente LE que atribui à área do emprego e económico o índice de severidade máximo (1) significando haver necessidade de tratamento adicional nestas as áreas. Os índices de severidade atribuídos pelos dois utentes para problemas de emprego e económicos poder-se-ão justificar por,

se encontrarem desempregados e depender de familiares e de uma instituição para o seu sustento diário e estarem a habitar num prédio abandonado. Os resultados estão de acordo com a literatura ou seja, associa-se habitualmente à toxicodependência, “circunstâncias de vida muito difíceis como a pobreza, a instabilidade profissional, a marginalização e problemas judiciais” (Moro, Esteve, Moreno, Quintanilla, Vivanco, González, Barea, Tenório, Romero, Arjona, Casares, Cañas, Polónio, & Navarro, 2000). Entre as consequências ou danos, que o comportamento aditivo possa causar para esta amostra vão de encontro ao que a literatura explana sobre as questões relacionadas com as consequências da toxicodependência entre as quais estão, as dificuldades financeiras e o desemprego (Laudet et al., 2006).

Quanto aos problemas judiciais Amaro classifica que, “a droga relacionar-se-ia com a delinquência de uma forma directa e de outra indirecta. Relacionar-se-ia directamente, posto que o seu tráfico está penalizado por lei e constitui em si mesmo um delito. Relacionar-se-ia indirectamente porque a “necessidade” ou o “desejo” de consumir drogas exige a obtenção de níveis de rendimentos que “levam” ao roubo e relacionar-se-ia indirectamente com a delinquência” porque se pressupõe que o consumidor habitual de drogas é mais propenso ao cometimento de delitos de todo o tipo do que a pessoa não consumidora.” Os resultados obtidos vão de encontro ao anteriormente referido concretamente, o utente LE atesta que existe um índice de severidade de 0,55 para os problemas legais (pequenos delitos) significando que na percepção do utente este é um problema que precisa de alguma ajuda para o conseguir resolver.

Ao nível familiar, sobressai um maior índice de gravidade identificado pela utente CR (0,60) entre outras razões, os resultados poderão estar relacionados com a relação conflituosa que mantém com o pai. Pires (2004citando Amaral Dias 1980), que considera a “toxicodependência como o sintoma de um conjunto de perturbações, nomeadamente a incapacidade de manter relações com os demais”.

Em relação aos problemas psiquiátricos actuais os doentes atribuem índices de severidade muito baixos ou nulos em relação aos itens a avaliar. Já quando lhes foi pedido para identificassem o número de vezes que tiveram problemas psiquiátricos ao longo da vida destacam-se a utente AM com 3 tentativas de

suicídio e o utente PC que por 12 vezes considera ter tido dificuldade de controlar comportamentos violentos e por duas vezes pensamentos suicidas. Segundo Harrison (2006, p.80-81) para avaliar o risco de suicídio é necessário (entre outros aspectos) explorar, se existe história de abuso de substâncias, a situação de emprego ou ocupacional, se existiu crise de vida recente e/ou instabilidade social. Assim, atendendo às vivências dos dois utentes (AM e PC) poder-se-á entender que os problemas do foro psiquiátrico identificados por eles estejam relacionados com os factores anteriormente descrito numa maior ou menor intensidade.

#### 4.2.CONTEXTUALIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS - SF36v2

O comportamento abusivo ou de dependência de substâncias pode contribuir para a baixa qualidade de vida (Laudet et al., 2006).

O conceito de qualidade de vida na área da saúde tal como o conceito de saúde e doença são compreendidos como um *continuum* relacionados com aspectos económicos, sociais e culturais. A avaliação da qualidade serve de indicador para a avaliação da eficácia, eficiência das intervenções e do impacto de tratamentos realizados. Acrescenta Ribeiro (2002) que “A qualidade de vida é um conceito mais abrangente do que a saúde, incluindo-a na sua complexidade”.

A OMS define qualidade de vida como “ (...) a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995). Ribeiro (2003) partindo da definição da OMS definiu qualidade de vida da seguinte forma: “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade; a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios importantes para o indivíduo; a diferença entre as expectativas do indivíduo e a sua experiência actual; a percepção do indivíduo face à sua posição na vida em termos do contexto cultural e do sistema de valores a que pertence e em relação aos seus objectivos, expectativas, metas e preocupações; a experiência em vez das condições de vida, onde a relação entre as condições objectivas e o estado psicossocial é imperfeita e que, para conhecer a experiência da qualidade de vida, é necessário o recurso directo à descrição do próprio indivíduo sobre o que sente pela sua vida”.

O termo qualidade de vida relacionado com a saúde abrange a condição física, social e bem estar do doente perante a doença ou tratamento, “é o valor subjectivo que o paciente atribui de diferentes aspectos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde” Guiteras & Bayés (p.179), os indivíduos expressem a sua opinião sobre a sua qualidade de vida global, e sobre aspectos particulares como, saúde, sexualidade, capacidade funcional e relações sociais, entre outros ou seja, são indicadores subjectivos de qualidade de vida a avaliação pessoal de cada um sobre as suas capacidades e /ou funcionamento, como cada um lida com o contexto e com as adversidades no dia a dia.

Os resultados do questionário que avalia o estado de saúde e a qualidade de vida (SF36) mostram que a utente AM de 57 anos apresenta muitas limitações o que dificulta a realização das actividades físicas (função física 10%) mesmo, as de menor exigência física (como tomar banho ou vestir-se) e que o seu funcionamento reduzido (desempenho 25%) resulta da saúde física debilitada e da dor corporal que considera ser intensa e extremamente limitativa (22%) concretamente, a utente considera que a saúde actual está deteriorada (saúde geral 45%) em consequência do comportamento abusivo de substâncias. Korthuis *et. al* (2008) acreditam que a dependência de substancias “...produzem várias perturbações em termos físicos, emocionais e sociais, que são preditivas do aumento das doenças crónicas e por queda significativa da qualidade de vida dos sujeitos”. Os resultados anteriormente citados demonstram que, a utente AM apresenta graves problemas ao nível da saúde física que comprometem o seu estado de saúde actual e a qualidade de vida.

Na percepção do utente LE estado de saúde e/ou qualidade de vida é boa com resultados percentuais do SF36 altos. A dimensão dor corporal e saúde geral (respectivamente 62% e 70%) é classificada pelo utente como as que mais interferem no desempenho das suas actividades ainda assim poder-se-ão considerar pouco restritivas. Comparativamente à um ano atrás o utente reconhece ter havido ganhos em saúde com, grande melhoria do seu estado resultante dos cuidados saúde prestados consequentemente, traduzem-se em melhor qualidade de vida. Ou seja, “a qualidade de vida pode referir-se ao bem-estar social, emocional e físico dos doentes a seguir ao tratamento...”. Pinto e Ribeiro (2000, p.12 citando Bowling 1995), é “a articulação entre a percepção de bem-estar objectivo e

subjectivo em diversos domínios da vida, considerados importantes numa determinada cultura e tempo...” Wallander e Schmitt (2001). Acrescenta (Escudeiro et. al, 2006) que “ é no jogo entre os elementos internos e externos das vivencias pessoais, no encontro entre o objectivo e o subjectivo, que surge o conceito de Qualidade de Vida”

Os resultados obtidos através do questionário SF36 referentes ao utente PC indicam que se encontra um bom estado de saúde, não havendo dificuldades no funcionamento diário. Os valores mais baixos, ainda assim pouco significativos, encontram-se na componente psíquica (nos itens vitalidade e função social, 60% e 62% respectivamente). De acordo com Pais Ribeiro (2005, pag. 85) valores baixos nas dimensões vitalidade e funcionamento social significam que, “a pessoa se sente cansada e exausta a maior parte do tempo...” e que “os problemas emocionais e físicos interferem de uma forma extrema e frequente com as actividades sociais normais”. Claramente o utente PC não se enquadra nos limites definidos anteriormente uma vez que, percentualmente a componente psíquica atinge o valor de 75,5%. Embora possa existir algum cansaço hipoteticamente por problemas emocionais e/ou físicos esses por si só são pouco limitativos no desempenho diário das actividades.

A utente CR entende que a dimensão correspondente ao desempenho físico seguida da dor corporal (22% e 25% respectivamente) infere fortemente no desempenho das actividades habituais o que se traduz em menos saúde e pior qualidade de vida. Existe limitação em saúde devido a problemas físicos incluindo “a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas. Mendonça, 2007 (citando Ferreira, 1998; Ferreira e Santana, 2003). A mesma fonte, considera que a dimensão dor corporal avalia “não só a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a extensão da forma como interfere nas actividades usuais”. Assim, pode concluir-se que a utente CR apresenta um estado de saúde muito fragilizado devido a problemas físicos que causam dor muito intensa e extremamente limitativa.

Os resultados do questionário SF36 mostram ainda que as duas participantes do sexo feminino apresentam pior estado de saúde no que se refere à componente

física comparativamente com os participantes masculinos. Segundo a literatura, o sexo masculino, por razões culturais, é mais afectado pelo consumo de drogas, embora o sexo feminino, tenha um percurso mais rápido e degradante. A mulher é mais vulnerável “tem maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde como resultado da exposição ao risco...” (Nichols, 1986 citado por Sebastian, 1999).

Para concluir, realçar que, da análise da componente física e psíquica medida pelo SF36 dos participantes é notável que, na percepção destes, a saúde mental contribui pouco ou nada no desempenho das actividades usuais.

#### 4.3. CONTEXTUALIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS - QSG 28 -

O QSG 28 visa identificar casos potenciais de perturbação psiquiátrica não psicótica e se for o caso, avalia a severidade dos sintomas psicopatológicos. Defende Golberg (1972) que a incapacidade para realizar as actividades que são usuais numa pessoa saudável podem dever-se há presença de sintomas somáticos, ansiedade/insónia, disfunção social e depressão grave. Segundo a literatura, a psicopatologia e os problemas da dependência interagem e influenciam-se mutuamente, existe uma grande probabilidade do abuso de substância estar associado a alteração da saúde mental da pessoa ou por outro lado, esta ser consequência do comportamento abusivo. O indivíduo geralmente apresenta um comportamento padrão socialmente desadaptado com as implicações de ordem médica, psicológica, moral e jurídica (Cardoso 2001)

Assim, da análise dos resultados do QSG 28 aplicados aos quatro participantes verificou-se que existe pouca ou nenhuma sintomatologia de doença mental com scores totais inferiores a 39 valores (inferior a 39/40 valores corte não sintomático numa escala de 0-84). Embora a amostra em estudo seja muito reduzida, parece que os resultados são um pouco díspares do que a literatura defende em relação à associação dos comportamentos aditivos e a psicopatologia ou seja, na “comorbilidade psiquiátrica nesta população (Laudet, Magura, Cleland, Vogel & Knight, 2003). Poder-se-á assim concluir que, na percepção dos participantes, não existe ou é fraca associação, entre os sintomas somáticos, ansiedade/insónia, disfunção social e depressão grave com a incapacidade/dificuldade para realizar as actividades habituais.

Da análise factorial dos subgrupos da escala do QSG 28 verificou-se que, os respondentes atribuem à disfunção social a principal causa para o desempenho menos bom das suas actividades ainda assim, pouco limitativo. O anteriormente exposto pode estar relacionado tendo em conta que os “toxicodependentes apresentam muito baixo nível de actividade social... os que revelam a saúde social mais baixa são os que mais se envolvem em actividades de natureza social, provavelmente porque percebem a importância das trocas sociais para o seu bem-estar (Macedo, 2003). Por outro lado, inerente ao comportamento aditivo frequentemente no “plano das relações interpessoais, o toxicodependente volta-se cada vez mais para si próprio, acabando estas por se restringirem às relações de troca de substâncias, em detrimento das relações afectivas”. Dias, 2002

O subgrupo ansiedade/insónia seguida da disfunção social foi o mais cotado pelos participantes onde se destaca a utente CR com score 13 (subescala QSG28). A ansiedade/insónia pode ser resposta emocional ao medo pela situação de vida actual da utente ou por abstinência de drogas. De acordo com a CIPE (2005), “a insónia está frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas” (p. 73). O Transtorno do Sono Induzido por Substância segundo o DSM IV “... supõe que uma substância (isto é, uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada com a insónia”. A utente CR foi também quem mais identificou sintomas somáticos em relação à restante amostra (score 10). Afirma Harison P et. al (2006, p.365) que, “a ansiedade provoca sintomas físicos de activação autonómica, que incluem palpitações, respiração acelerada e sintomas sensoriais ... este diagnóstico pode ser o único diagnóstico ou estar a complicar uma doença física”. O exposto anteriormente parece-me espelhar a problemática actual da utente ou seja, a acentuada limitação no desempenho das actividades habituais (avaliada na componente física do SF36) podem estar relacionadas com a insónia /ansiedade marcada e os sintomas somáticos (QSG 28) e também, “pelo facto de as drogas gerarem sintomas de ansiedades decorrentes do consumo ou abstinência destas”. Filglie et. al (2004)

## 5. REFLEXÃO FINAL

Cuidar, nos diferentes registos da vida, para que a pessoa elabore as suas próprias mudanças na sua relação com a família, amigos e sociedade. Os cuidados têm como objectivo ajudar as pessoas a manterem a saúde, a vida, o conforto (Collière 1999; Pacheco 2002), trata-se de reconstruir com a pessoa a sua capacidade de criar elos satisfatórios e a mantê-los. Cuidar, que assume como “...um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem necessidades de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” Collière (1999, p.235)

Os resultados obtidos através dos instrumentos de colheita de dados revelaram que a as necessidades dos utentes são diferentes embora tenham em comum o facto de terem experienciado a dependência/abuso de substâncias. A toxicodependência na percepção dos utentes varia consoante a própria maneira de estar e de ser, do percurso de vida e o meio envolvente. Assim, de uma forma geral, os resultados obtidos consoante o instrumento de colheita de dados utilizado foram os seguintes:

- O formulário EuropASI: os utentes identificaram índices de severidade mais elevados nos problemas médicos, nos problemas económicos/emprego e nos problemas legais (um dos utentes) áreas estas que, atribuem uma maior importância e de necessidade de tratamento adicional.
- O questionário SF36: percentualmente verificou-se que na componente física os valores são mais baixos o que significa que, o estado de saúde dos utentes e a qualidade de vida é prejudicada pela dificuldade no funcionamento e desempenho físico, pela dor corporal e pela percepção geral de saúde. No entanto, entendem 3 dos participantes que, relativamente à uma ano atrás, houve melhoras em saúde, à excepção de uma utente que considerou que o seu estado de saúde está um pouco pior;
- O QSG 28: os scores totais mostraram que os participantes não apresentam psicopatologia de doença mental. Da avaliação dos subgrupos os dados mostram que a disfunção social dificulta a execução das actividades habituais que numa condição de saudáveis seriam capazes de realizar.

Da análise dos resultados obtidos verifica-se que os participantes assumem como necessidades de ajuda adicional para a resolução dos problemas médicos, económicos/emprego e ao nível social sendo estes os principais focos de atenção e de intervenção identificados. Ao nível da doença mental verificou-se que os participantes desvalorizam esta área, assumindo estar preservada a saúde mental. O facto de os utentes estarem em tratamento no ET no meu entender, poderá justificar em parte os resultados obtidos pois, o PMO contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas toxicodependentes conferindo “uma miríade de benefícios para os indivíduos, famílias e comunidade” (Rodrigues, 2006). O Homem detém uma grande capacidade de adaptação fisiológica, sujeito a obstáculos, naturais e/ou artificiais, que promovem mudanças permanentes ou transitórias na vida do indivíduo são “... Factores determinantes do processo saúde-doença...” Bellusci (1995). É neste sentido que, o enfermeiro pode ajudar o toxicodependente, tendo “sempre presente na sua praxis e através das acções que implementa, que estes indivíduos são um ser único, indissociável do meio que o envolve, e que devido a sua unicidade só ele possui todo o potencial específico, para aprender a viver de forma que para ele é a mais satisfatória” Seabra (2007).

Retomando o objectivo geral que originou o presente trabalho designadamente, avaliar as necessidades de assistência dos utentes em PMO no ET de Oeiras partindo da percepção que os próprios detinham sobre a sua saúde em geral (física e psíquica) e da qualidade de vida permitindo assim, identificar focos de atenção posso considerar que este foi atingido. Igualmente atingidos foram os dois objectivos específicos que me permitiram desenvolver competências por um lado, na área da pesquisa e de reflexão sobre a prática clínica na assistência ao toxicodependente com vista a reabilitação e reinserção e por outro, desenvolver a técnica de entrevista e de investigação na área de especialização de saúde mental e psiquiatria. Para terminar, apenas referir que a amostra mostrou-se ser pequena para que os resultados tenham evidência e rigor científico o que se espera, com o decorrer com a investigação mais alargada que decorre no referido serviço.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2002) Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais, IV-TR. Lisboa: Climepsi

Bellusci, Silvia Meirelles. Epidemiologia. São Paulo: SENAC, 1995.

Bolander, V.B. (1998). Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica (pp.32-52). Lisboa: Lusodidacta.

Braconnier, A., Marcelli, D. (1984). Manual de psicopatologia do adolescente (Filman, A.). Porto Alegre: (1989)

Brown, E., Frank, D. & Friedman, A. 1997, EuropASI – X adaptação portuguesa do Núcleo de Estudos das Perturbações pelo Uso de Substâncias (NEPPUS) e pelo Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (NEICC/FPCEUC).

Cardoso, C. M. (2001) “Droga” um problema de saúde pública. Saude Mental, 4(3), p.9-17

Classificação Internacional para a prática de enfermagem, versão 1.0, ICN. 2006. ISBN 972-675-109-8

Collière, Marie Françoise (1999). Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Dias, Fernando Nogueira (2002), Sociologia da Toxicodependência, Epistemologia e , Lisboa: Instituto Piaget. ERIKSON, Erik H. (1976), Identidade,

Escudeiro, R.; Lamanhã, S.; Freitas, A. & Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicodependência. Toxicodependências, 12 (3), p.65-78

Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Med Port.* 2000 Mai-Jun; 13(3): 119-27.

Ferreira, A. (2007). Gravidade de dependência e motivação para o tratamento. Consultado a 22 de Fevereiro de 2011, disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)

Figlie, N. B.; Bordin, S.; Laranjeira, R. Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo, Roca, 2004, p.17-45.

Fortin, M.-F. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.-95040-36-8

Goldberg D, Hillier V. A scaled version of the general health questionnaire.

Guiteras AF, Bayés R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: Fornns M, Anguera MT, organizadores. Apartaciones recientes a la evaluación psicológica. Barcelona: Universitat; 1993, p. 175-195

Harrison, P., et al, “Guia prático de Psiquiatria”, Climepsi Editores, 1ª edição, Lisboa, 2006, ISBN: 972-796-237-8

Harrison, P., et al, “Guia prático de Psiquiatria”, Climepsi Editores, 1ª edição, Lisboa, 2006, ISBN: 972-796-237-8

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2006). Relatório Sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências

Laudet, A. B., Magura, S., Cleland, C. M., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2003). Predictors of retention in dual-focus self-help groups. *Community Mental Health Journal*, 39(4), 281-297.

Laudet, A., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1-2), 33-73.

Leininger, M.M. - Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991

Macedo, E. (2003). Toxicodependência: efeitos na ritmicidade social (uma perspectiva de promoção da saúde). Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Mendonça, T., (2007) Auto-Eficácia e Qualidade de Vida em adultos com epilepsia: um estudo exploratório. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Moro, C. S., Esteve, M., Moreno, B., Quintanilla, L. F. Vivanco, L., González, F., Barea, M., L., Tenório, J., Romero, M., Arjona, E., Casares, R., Cañas, M., Polónio, J. A., & Navarro, C. (2000). El Acogimiento Familiar de los Menores Hijos de Padres Toxicómanos. Madrid: Colección Intress.

Ordem dos Enfermeiros – Tempo de Mudança. Revista da ordem dos Enfermeiros. Nº 22. Julho 2006. (p. 29 a 31) ISSN 1646-2629.

Ordem dos Enfermeiros – Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. Suplemento de Revista. Nº 26. Junho 2007. (p. 9 a 20). ISSN: 1646-2629.

Pais-Ribeiro, J. L (2005). O importante é a Saúde - Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36. (1ª Ed), Fundação Merck Sharp e Dohme.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN Colecção: 972-675-108-X

Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI); Resumo do Diagnóstico do Território: Eixo Caldas da Rainha - Centro de Respostas Integradas do Oeste; Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2008) p. 14-15



Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M.R. Dias & E.Dura, Territórios de psicologia oncológica, (pp.75-98). Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J. (2003). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition* 23 (1) 121-130.

Ribeiro, J. (2006). O importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36. Fundação Merck Sharp &Dohme.

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization *Soc Sci Med*, 41, 1403-10

Wallander, J.L. & Schmitt, M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of clinical psychology* 57 (4), 571-585.



## ANEXOS



## **ANEXO I – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA EUROPASI**



EuropASI – X

(Versão Paulo Seabra)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

**B. INFORMAÇÃO GERAL**

**B1 . Residência actual**

1= Grande cidade    3= Vila  
2= Cidade            4= Freguesia / localidade

**B2. Localidade**

**B3. Há quanto tempo vive nesta morada?**

**B4. Esta residência é sua ou de algum familiar seu?**

**B4a. Esteve desalojado durante os últimos 30 dias?**

**B4b. Se sim, onde ficou nesses dias?**

1= Abrigo                    4= Num prédio abandonado  
2= Amigos                5= Na rua  
3= Carro/ Caravana      6= Outros \_\_\_\_\_

**B5. Idade:**

**B6. Nacionalidade:**

**B7. Pais de origem:**

a. Pai

b. Mãe

**B8. Esteve em algum ambiente controlado nos Últimos 30 dias?**

0= Não                            4= Tratamento psiquiátrico  
1= Prisão                        5= Só desintoxicação  
2= Trat. Para álcool/ drogas    6= Outro \_\_\_\_\_  
3= Tratamento médico

**B9. Se sim em B8, durante quantos dias?**

**B10. Quantas vezes engravidou (engravidou alguém)?**

**B11. Quantas dessas gravidezes resultaram em nascimento de uma ou mais crianças?**

**B11a. Com quantas pessoas diferentes teve essas Crianças?**

**B12. Que idade tinha quando nasceu o seu Primeiro bebé?**

**B13a. Coloque a data de nascimento dos seus filhos Na coluna 1.**

**B13b. Anote o sexo das crianças na coluna 2.**  
1= Rapaz    2= Rapariga    N= Questão não aplicável

**B13c. Anote com quem vivem as crianças na coluna 3.**

1= Com a mãe e o pai                    6= Adoptado  
2= Só com a mãe                        7= Instituição (tipo) \_\_\_\_\_  
3= Só com o pai                         8= Faleceu (quando) \_\_\_\_\_  
4= Ao cuidado de membro familiar    9= Outro \_\_\_\_\_  
5= Casa de acolhimento

	1 Data de nasc.	2 Sexo	3 Habit.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

**B14a. Actualmente, existem outras crianças a viver consigo e das quais tenha que cuidar?**

**B14b. Se sim em B14a., anote o sexo:**  
1= Masculino    2= Feminino

**B14c. Se sim em B14a., anote a(s) idade(s):**

	b. Sexo	c. Idade
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**B15. COMENTÁRIOS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



EuropASI – X

(Versão Paulo Seabra)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

D PROBLEMAS DE EMPREGO/SUPORTE ECONÓMICO

D1. Número de anos completos de estudo

D2. Número de anos de ensino superior

D3. Grau académico mais elevado obtido

a. Especifique. \_\_\_\_\_

D4. Tem carta de condução válida?

D5. Quanto tempo durou o seu maior período de emprego estável (anos/meses)?

D6. Quanto tempo durou o seu maior período de desemprego (anos/meses)?

D7. Profissão actual (ou última)

a. Especifique detalhadamente se necessário:

D7b. Alguém contribui para o seu sustento?

D7c. Se sim em 7b, quem?

1= Conjuge

5= Filhos

2= Ex-conjuge/companheiro(a)

6= Avós

3= Pais/pais adoptivos

7= Outros parentes

4= Irmãos

8= Outros \_\_\_\_\_

D7d. se sim em 7b, essa pessoa é a sua principal fonte de sustento?

D8. Tipo de emprego habitual nos últimos 3 anos?

1= Tempo inteiro

5= Serviço militar

2= Part-time(horas regular)

6= Reformado/invalido

3= Part-time(horas irregular)

7= Desempregado (domestica)

4= Estudante

8= Em ambiente controlado

D9. Quantos dias trabalhou nos últimos 30 dias? (Excluir tráfico/prostituição ou outra actividade ilegal)

D9b. Quantos dias esteve de baixa nos últimos 30 dias?

D10. Quanto dinheiro recebeu do trabalho nos últimos 30 dias? (com os impostos deduzidos)

Recebeu, nos últimos 30 dias, algum dinheiro para o seu sustento das seguintes fontes?

D11. Subsídio de desemprego?

D12. Rendimento social de inserção?

D13. Pensões ou outros subsídios?

D14. Família, colegas, ou amigos?

(para despesas pessoais)

D15. Ilegal?

D16. Prostituição?

D17. Outras fontes?

D18. Qual é a sua maior fonte de sustento? (use o código 10-17)

D19. Tem alguma dívida?

D19a. Se sim em D19, qual a quantia?

D20. Quantas pessoas dependem de si para a maior parte do sustento (comida, casa, etc.)?

D21. Durante quantos dias sentiu problemas de emprego/desemprego nos últimos 30 dias?

PARA AS QUESTÕES D22 E D23, USE A ESCALA DO PACIENTE, POR FAVOR

D22. Nos últimos 30 dias, em que medida esteve preocupado por esses problemas de emprego?

D23. Neste momento, quanto é importante, para si, o tratamento desses problemas de emprego?

ESCALA DE SEVERIDADE DO ENTREVISTADOR

D24. Como classificaria a necessidade de aconselhamento do paciente na área de emprego?

GRAU DE CONFIANÇA

As informações acima referidas estão significativamente distorcidas por:

D25. O paciente deliberadamente nos induzir em erro?

D26. O paciente ser incapaz de perceber?

D27. COMENTÁRIOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



EuropASI – X

(Versão Paulo Seabra)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

PARA AS QUESTÕES E24 & E25, USE A ESCALA DO PACIENTE, POR FAVOR

E24. Nos últimos 30 dias, em que medida esteve preocupado ou perturbado por esses:

- a. Problemas de álcool
- b. Problemas de droga

E25. Neste momento, quanto é importante, para si, o tratamento desses:

- a. Problemas de álcool
- b. Problemas de droga

ESCALA DE SEVERIDADE DO ENTREVISTADOR

E26. Como classificaria a necessidade de tratamento do paciente nos:

- a. Problemas de álcool
- b. Problemas de droga

GRAU DE CONFIANÇA

As informações acima referidas estão significativamente distorcidas por:

E27. O paciente deliberadamente nos induzir em erro?

E28. O paciente ser incapaz de perceber?

E29. COMENTÁRIOS:

---



---



---



---



---



---



---

F. PROBLEMAS LEGAIS

F1. Esta admissão foi ordenada ou sugerida por alguma instituição de justiça / criminal?   
(Juiz, IRS, CDT, etc.) 0= Não 1= Sim

F2. Está com pena suspensa ou em liberdade condicional   
0= Não 1= Sim

Na sua vida, quantas vezes foi acusado de:  
(se nunca, codifique 00)

**F3. Posse ou tráfico de droga?**

**F4. Crimes contra propriedade alheia?**  
(Assalto a casas, lojas, roubo, falsificação, fraude, extorsão, recepção de artigos furtados)

**F5. Crimes violentos?** (Furto qualificado, agressão física, fogo posto, violação, homicídio, homicídio involuntário)

**F6. Outros crimes?**

**F7. Quantas dessas acusações resultaram em condenações?**

Na sua vida, quantas vezes foi acusado de:  
(se nunca, codifique 00)

F8. Conduta desordeira, vadiagem, consumo em local Público?

F9. Prostituição?

F10. Conduzir sob efeito de álcool / droga?

F11. Violações de trânsito graves e muito graves?  
(Condução perigosa, excesso de velocidade, conduzir sem carta, etc.)

F12. Na sua vida, quantos meses esteve preso?  
(Se nunca, codifique 00)

F13. Se sim em F12, quanto tempo durou a última prisão?

F14. Se sim em F12, por qual delito?  
(Use os códigos 03-06, 08-11. Se foram múltiplas acusações, codifique a mais grave)

**F15. Encontra-se, actualmente, a aguardar alguma acusação, julgamento ou sentença?**  
0= Não 1= Sim

**F16. Se sim em F15, por qual delito?**  
(Se foram múltiplas acusações, codifique a mais grave)

F17. Nos últimos 30 dias, quantos passou detido ou preso?

**F18. Nos últimos 30 dias, quantos participou em actividades ilegais para obter lucro?**  
(Se nunca, codifique 00)











## ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE - SF36v2

## **Questionário de estado de saúde (SF-36v2)**

### **INSTRUÇÕES:**

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

### **1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

- Excelente - 1
- Muito boa - 2
- Boa - 3
- Razoável - 4
- Fraca - 5

### **2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:**

- Muito melhor - 1
- Com algumas melhoras - 2
- Aproximadamente igual - 3
- Um pouco pior - 4
- Muito pior - 5

**3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? (Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)**

	Sim, muito limitada	Sim, um pouco limitada	Não, nada limitada
a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escada	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

**4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada - 1

Pouco - 2

Moderadamente - 3

Bastante - 4

Imenso - 5

**7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?**

Nenhumas - 1

Muito fracas - 2

Ligeiras - 3

Moderadas - 4

Fortes - 5

Muito fortes - 6

**8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

Absolutamente nada - 1

Pouco - 2

Moderadamente - 3

Bastante - 4

Imenso - 5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?					
e) Se sentiu com muita energia					
f) Se sentiu deprimido/a?					
g) Se sentiu estafado/a?					
h) Se sentiu feliz?					
i) Se sentiu cansado/a?					

**10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

Sempre - 1

A maior parte do tempo - 2

Algum tempo - 3

Pouco tempo - 4

Nunca - 5

**11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um circulo para cada linha.**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencida que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

SF-36 V2 © 1999 Quality Metric, Inc.

Versão portuguesa © 1999 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

MUITO OBRIGADO

*REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA VOL. 21, N.º 2 — JULHO/DEZEMBRO 2003 29*



**ANEXO III: SIGNIFICADO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS  
DO SF36**

## SIGNIFICADO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO SF-36

**Funcionamento Físico (10 itens):** Pretende medir desde a limitação para executar actividades físicas menores, como tomar banho ou vestir-se, até às actividades mais exigentes, passando por actividades intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas ou andar uma determinada distância (Ferreira, 1998). Valores baixos nesta dimensão indicam que a pessoa se encontra muito limitada na realização de todas as actividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir-se por razões de saúde, e valores elevados significam que a pessoa realiza todos os tipos de actividade física, incluindo as mais exigentes, sem limitações por motivos de Saúde (Ware et al.,1993; citado por Pais - Ribeiro, 2005, pag. 85);

**Desempenho Físico (4 itens):** mede a limitação em saúde devido a problemas físicos, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas (Ferreira, 1998; Ferreira e Santana, 2003; citado por Mendonça, 2007). Valores baixos nesta dimensão indicam problemas com o trabalho ou outras actividades diárias em consequência da Saúde física e valores elevados indicam que a pessoa não tem problemas na realização do trabalho ou de outras actividades diárias em consequência da Saúde física (Ware et al.,1993; citado por Pais - Ribeiro, 2005,pag.85);

**Dor Corporal (2 itens):** representa não só a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a extensão da forma como interfere nas actividades usuais (Ferreira, 1998). Valores baixos indicam dor muito intensa e extremamente limitativa, valores elevados indicam que a pessoa não apresenta dor ou limitação devido à dor (Ware et al.,1993; citado por Pais - Ribeiro, 2005, pag. 85);

**Desempenho Emocional (3 itens):** mede a limitação em saúde devido a problemas emocionais, ao tipo e à quantidade do trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas (Ferreira, 1998; Ferreira e Santana, 2003; citado por Mendonça, 2007). Valores baixos na subescala indicam que a pessoa apresenta dificuldades com o trabalho ou outras actividades diárias como resultado de problemas emocionais, valores elevados

nesta subescala indicam que a pessoa não tem dificuldades com o trabalho ou outras actividades diárias devido a problemas emocionais (Ware et al.,1993; citado por Pais - Ribeiro, 2005, pag. 85);

**Saúde Geral (5 itens):** pretende medir o conceito de percepção geral da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável, tornando-se assim, menos redundante aos olhos dos responsáveis, relativamente às restantes perguntas (Ferreira, 1998). Valores baixos indicam que a pessoa avalia a sua Saúde como má e acredita que ela provavelmente vai piorar, valores elevados indicam que a pessoa avalia a sua Saúde como excelente (Ware et al.,1993; citado por Pais - Ribeiro, 2005, pag. 85);

**Vitalidade (4 itens):** inclui os níveis de energia e de fadiga. Esta escala permite captar melhor as diferenças de bem-estar (Ware, 1993, citado por Ferreira, 1998). valores baixos significam que a pessoa se sente cansada e exausta a maior parte do tempo e valores elevados indicam que a pessoa se sente animada e cheia de energia (Ware et al.,1993; citado por Pais - Ribeiro, 2005, pag. 85);

**Funcionamento Social (2 itens):** pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do respondente (Ferreira, 1998). Quando apresenta valores baixos indica que os problemas emocionais e físicos interferem de uma forma extrema e frequente com as actividades sociais normais, valores elevados indicam que a pessoa realiza as actividades sociais normais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram (Ware et al.,1993; citado por Pais - Ribeiro, 2005, pag. 85);

**Saúde Mental (5 itens):** inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental, nomeadamente a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico (Ferreira, 1998). Valores baixos indicam que a pessoa se encontra sempre nervosa e deprimida, valores elevados indicam que a pessoa se sente em paz, feliz e em calma (Ware et al.,1993; citado por Pais - Ribeiro, 2005, pag. 85).

Disponível em: <http://www.google.SIGNIFICADO+E+INTERPRETA>

## **ANEXO IV: DADOS OBTIDOS COM EUROP ASI – ENTREVISTA DE FOLLOW UP**



## ANEXO V: DADOS DO EUROPASI

Utente – LE	
Médica	0.41
Económico	1
Emprego	1 média: 1
Alcool	0
Drogas	0.09
Legal	0.55
Familia	0.50
Outros	0.37 média:
Psiquicos	0.09
Total	
Utente – AM	
Médica	0,91
Económico	0,66
Emprego	0,08 média:
Alcool	0
Drogas	0.11
Legal	0
Familia	0.25
Outros	0.18 média:
Psiquicos	0.29
Total	
Utente – PC	
Médica	0
Económico	0.33
Emprego	0.83 média: 1
Alcool	0
Drogas	0.26
Legal	0.20
Familia	0.12
Outros	0.08 média:
Psiquicos	0.11
Total	
Utente – CR	
Médica	0.58
Económico	0.66
Emprego	1,0 média:
Alcool	0
Drogas	0.13
Legal	0.20
Familia	0.60
Outros	0.31 média:
Psiquicos	0.13
Total	

DADOS COMPLEMENTARES DO FORMÚLARIO	PC	LE	AM	CR
IDADE	37	40	57	34
GENERO	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
HABILITAÇÕES LITERARIAS	11º ANO	8º ANO	11º ANO	6º ANO
EMPREGO/SUPOTE ECONOMICO	FIEL ARMAZEM	DESEMPREGADO	REFORMADA	DESEMPREGADA
TIPO DE SERVIÇO DE TRATAMENTO	TRAT. SUBST. ( REGIME EXT)	TRAT. SUBST. ( REGIME EXT)	TRAT. SUBST. ( REGIME EXT)	TRAT. SUBST. ( REGIME EXT)
RESIDENCIA ACTUAL	CIDADE	LOCALIDADE	CIDADE	VILA
QTO TEMPO NESTA MORADA (ANOS/MESES)	37ANOS	18 MESES	8ANOS	12MESES
RESIDENCIA	DE FAMILIARES	*N	ALUGADA	*N
DESALOJADO	NÃO	PREDIO ABANDONADO	NÃO	PREDIO ABANDONADO
NACIONALIDADE	PORTUGUESA	PORTUGUESA	PORTUGUESA	PORTUGUESA
QTAS GRAVIDADES	*N	*N	5	1
QTOS FILHOS (Nº)	0	2	2	0
FILHOS DEPENDENTES	*N	NÃO	NÃO	*N
COM QUEM VIVEM OS FILHOS	*N	(1C/ Familiar, 1 só c/ Mãe)	INDEPENDENTES	*N
ESTEVE EM ALGUM AMBIENTE CONTROLAR	NÃO	NÃO	NÃO	0
QTOS DIAS	*N	*N	*N	*N
QTAS VEZES ESTEVE HOSPITALIZADO (Nº)	0	1	5	0
PROBLEMAS MEDICOS	HEP. C	HEP.C	PROB. OSTEOARTICULARES	ASMA
1º USO alcool (Idade)	11	*N	12	14
ABUSO alcool (Idade)	*N	*N	0	0
1ºUSO Drogas (Idade)	12	16	18	12
QUAL FOI A 1ª DROGA USADA	CANABIS	CANABIS	CANABIS E OPIACEOS	CANABIS
MAIS DO QUE UMA SUBST. POR DIA (Idade/anos))	14	30	18	30
OVERDOSES	0	0	2	0
Nº DE TRATAMENTOS	19	9	1	2
**TIPO DE TRATAMENTOS REALIZADOS	2 DC; 5 DI, 2 PSO;5 PA; 5 PACT	2 DC; 3 DI; 1 PSO;1 PACT	1 PSO	1 DC; 1 PSO
DEPRESSÃO GRAVE (nº de vezes ao longo da vida)	1	0	1	0
ANSIEDADE(nº de vezes ao longo da vida)	1	0	1	0
DIF. PERCEBER/CONCENTRAR/LEMBRAR(nº de vezes ao longo da vida)	1	0	1	1
ALUCINAÇÕES(nº de vezes ao longo da vida)	1	0	1	0
DIFIC. CONTROLAR COMP. VIOLENTOS(nº de vezes ao longo da vida)	12	1	1	0
SÉRIOS PENSAMENTOS SUICIDAS(nº de vezes ao longo da vida)	2	1	1	0
TENTATIVAS SUICIDIO (nº de vezes ao longo da vida)	1	0	3	0

\* N (não se aplica) / \*\* DC (desintoxicações caseiras); DI (desintoxicações em internamento); PSO (programa de substituição opiacea); PA (programa de abstinencia); PACT (programa de abstinencia em comunidade terapêutica)



**ANEXO VI: DADOS- SF26**



## ANEXO VI: DADOS DO QUESTIONÁRIO SF36v2

Nomes	Escalas SF36v2	Scores totais dos itens	Scores totais dos componentes da escala SF36v2
Utente – LE	Função física	85%	73%
	Desempenho físico	75	
	Dor corporal	62	
	Saúde geral	70	
	Vitalidade	75	86,6%
	Função social	87,5	
	Desempenho emocional	100	
	Saúde mental	84	
	Mudança de saúde	Muito melhor	
Utente– AM	Função física	10%	23%
	Desempenho físico	25	
	Dor corporal	22	
	Saúde geral	45	
	Vitalidade	45	87,6%
	Função social	37,5	
	Desempenho emocional	100	
	Saúde mental	68	
	Mudança de saúde	Com algumas melhoras	
Utente– PC	Função física	75%	80,2%
	Desempenho físico	100	
	Dor corporal	74	
	Saúde geral	72	
	Vitalidade	60	75,5%
	Função social	62	
	Desempenho emocional	100	
	Saúde mental	80	
	Mudança de saúde	Com algumas melhoras	
Utente – CR	Função física	85%	48,5%
	Desempenho físico	25	
	Dor corporal	22	
	Saúde geral	62	
	Vitalidade	55	69%
	Função social	87	
	Desempenho emocional	66	
	Saúde mental	68	
	Mudança de saúde	Um pouco pior	

Legenda: Verde – Componente físico; Azul – Componente mental



## ANEXO VII: DADOS DO QSG-28

## ANEXO VIII: DADOS DO QSG 28

### ***POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO:***

Gostaríamos de saber se tem tido queixas de saúde, e qual tem sido o seu estado de saúde em geral nas *últimas semanas*.

Por favor responda a **TODAS** as perguntas, assinalando com uma cruz, em cada pergunta a resposta que lhe parece que se aplica melhor a si. Repare que nós queremos tomar conhecimento de queixas recentes e actuais, e não acerca de queixas antigas. É importante que responda a **TODAS** as questões

### NOS ÚLTIMOS TEMPOS

1- Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
2- Tem sentido necessidade de um tónico?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
3- Tem-se sentido em baixo de forma e mal disposto?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
4- Tem-se sentido doente?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
5- Tem tido dores de cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
6- Tem tido uma sensação de aperto na cabeça ou pressão na cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
7- Tem tido ataques de frio ou de calor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
8- Tem perdido o sono devido a preocupações?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
9- Depois de adormecer acorda várias vezes?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
10- Tem-se sentido constantemente sob tensão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
11- Tem-se sentido irritável e de mau humor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
12- Tem-se sentido assustado ou tem entrado em pânico sem razão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
13- Tem tido a sensação de que está tudo a cair em cima de si?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
14- Tem-se sentido permanentemente nervoso e tenso?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual

15- Tem conseguido manter-se activo e ocupado?	Mais de que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
16- Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?	Menos tempo	O mesmo tempo que o habitual	Mais tempo que o habitual	Muito mais tempo que o habitual
17- Acha que, de um modo geral, tem trabalhado bem?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
18- Sente-se satisfeito com a maneira como tem cumprido as suas tarefas?	Mais do que o habitual	O mesmo que o habitual	Menos que o habitual	Muito menos que o habitual
19- Tem-se sentido útil no que faz?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos útil do que é costume	Muito menos útil do que é costume
20- Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
21- Tem tido prazer nas suas actividades normais do dia a dia?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
22- Tem-se considerado uma pessoa sem valor nenhum?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
23- Tem sentido que já não há nada a esperar da vida?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
24- Tem sentido que a vida já não vale a pena?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
25- Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida
26- Acha que às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
27- Tem dado consigo a pensar estar morto e longe de tudo?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
28- Acha que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

### ANEXO VIII: DADOS DO QSG 28

NOMES	SUBGRUPOS QSG-28	SCORES TOTAIS DOS ITENS
UTENTE - LE	S. Somáticos	4
	Ansiedade e Insónia	6
	Disfunção social	9
	Depressão grave	4
	Total	23
UTENTE AM	S. Somáticos	4
	Ansiedade e Insónia	3
	Disfunção social	4
	Depressão grave	0
	Total	11
UTENTE – PC	S. Somáticos	2
	Ansiedade e Insónia	3
	Disfunção social	7
	Depressão grave	1
	Total	13
UTENTE – CR	S. Somáticos	10
	Ansiedade e Insónia	13
	Disfunção social	6
	Depressão grave	1
	Total	30

**APÊNDICE L – “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PMO NUM ET -  
“COMO FAZEM AS ENFERMEIRAS, AQUILO QUE FAZEM?”**

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MENTAL E PSIQUIATRIA**



# **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE MANUTENÇÃO OPIOIDE NUMA ET**

**“COMO FAZEM AS ENFERMEIRAS, AQUILO QUE FAZEM?” Escola do Cuidar**

Realizado Por: Sara Ribeiro  
Nº 192009126

**JANEIRO, 2011**

## INDICE

<b>SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2. ET DE OEIRAS .....</b>	<b>7</b>
<b>3. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>9</b>
3.1. ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - TOXICODEPENDÊNCIA .....	9
3.2. CUIDAR EM TOXICODEPENDÊNCIA.....	11
3.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM .....	13
3.4. PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIOIDE .....	14
<b>4. POPULAÇÃO E TÉCNICA DE COLHEITA DE DADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5. “COMO FAZEM AS ENFERMEIRAS, AQUILO QUE FAZEM?” .....</b>	<b>17</b>
5.1. ACOLHIMENTO – IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS .....	17
5.2. IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS .....	18
5.3. RELAÇÃO DE AJUDA.....	18
5.4. ACONSELHAMENTO.....	20
5.5. ESTABELECIMENTO DE LIMITES.....	21
5.6. COMPETÊNCIAS .....	21
5.7. ARTICULAÇÃO .....	22
5.8. REGISTOS .....	22
<b>6. REFLEXÃO FINAL .....</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO I: ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (DSM IV) .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO II: CLORIDRATO DE METADONA .....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO III: CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) PARA O USO DE SUBSTÂNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO IV: MBPE-IDT, I.P .....</b>	<b>38</b>

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

IDT, IT – Instituto da Droga e Toxicoddependência

PMO – Programa de Manutenção Opioide

ET – Equipa de Tratamento

MBPE – Manual de Boas Práticas de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática Enfermagem

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

OMS – Organização Mundial de Saúde

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

## 1. INTRODUÇÃO

“O homem sempre procurou modificar as suas sensações, o seu humor, as suas percepções, assim como a visão do mundo que rodeia. Por isso, o uso de substâncias com essas propriedades tem sido constante ao longo da história”. Rosa, A.S; Gomes, J.C.; Carvalho, M.D (2000, p.15). Rosa et al, 2000 afirma ainda que “... a droga esteve intimamente ligada à vida de todos os povos desde a alvorada da humanidade. Os modos de consumo, as razões desses consumos variam consoante o período histórico e o lugar onde ocorrem.” (p.16)

A toxicod dependência é de facto uma problemática constante ao longo da história, trata-se de um fenómeno multideterminado por factores de origem diversa, que conjugando-se criam as condições necessárias para o seu aparecimento e manutenção Poder-se-á ainda dizer que a dependência engloba uma dupla vertente, psíquica e física ou seja, resultante da interacção entre um indivíduo e uma substância, caracterizando-se por alterações no comportamento e a compulsão de tomar o produto de modo contínuo e periódico, a fim de encontrar os seus efeitos psíquicos e por vezes de evitar o mal estar da privação

Face a esta realidade e com o objectivo da redução de danos e prevenção de risco na população com comportamentos aditivos os ET's, unidades de tratamento, em regime ambulatorio, prestam “cuidados globais a clientes toxicod dependentes e aos seus familiares, individualmente ou em grupo, através de uma abordagem bio-psico-social. (SPTT, 2001).

Segundo a literatura a dependência de heroína é a que atinge a grande maioria dos toxicod dependentes que procuram tratamento no entanto, a investigação científica ainda não conseguiu encontrar a resposta terapêutica ideal, que permita garantir a abstinência e a manutenção da mesma (Azenha e Ramos, 2005). Mas, Angel et al (2002) acreditam que os programas de tratamento existentes, conduzem a benefícios nomeadamente na redução de riscos, “...ligados às injeções endovenosas (HIV, hepatites B e C) e à sobredosagem, diminuição dos actos de delinquência, cessação dos sintomas de privação, estabilização no plano psíquico que permite um trabalho psicológico e de reabilitação social...”. (p.35) Por outro lado, os programas de metadona contribuem para a redução de danos porque “...não trata apenas a dependência de heroína, confere

também uma miríade de benefícios para os indivíduos a quem é prescrita, assim como para as famílias e comunidade.” Rodrigues (2006, p.56).

Depreende-se do anteriormente exposto que, na actualidade, os vários projectos existentes não compreendem uma terapêutica ideal para garantir a abstinência e a sua manutenção mas, tendem contribuir para a redução de danos e prevenção de riscos. Esta visão do tratamento implica um processo interactivo entre quem cuida e quem é cuidado que segundo Watson consiste em, “... saber responder às necessidades de cada doente, é ter de recorrer a um complexo altamente criativo para encontrar as melhores soluções” tornando-se imprescindível a articulação e envolvimento de toda a equipa.

A toxicodependência deverá ser abordada como outras doenças crónicas, ou seja, poderemos ter de perspectivar a gestão da doença e não a cura (Leshner, 2005). Assumindo a toxicodependência como sendo uma doença crónica, para uma melhor prestação de cuidados ao doente é imprescindível que o tratamento assente numa perspectiva holística. Inerente à prática da enfermagem está o cuidar holístico, “A função da enfermagem (...) é cuidar da totalidade da personalidade humana”, promovendo o auto-conhecimento, auto-respeito e o auto-cuidado, com o fim de se tornar o mais autónomo possível. Watson (citado por Tomey et al, 2004) acrescenta que, durante a prestação de cuidados “ os enfermeiros desenvolvem promoções de saúde através de acções de prevenção da doença...”.

Existem várias teorias de enfermagem que fundamentam o processo do cuidar, que enriquecem a identidade profissional e proporcionam alicerces sólidos a partir dos factores de cuidado preconizados. Atendendo ao contexto, tratamento em ambulatório de toxicodependentes, considero que teoria do cuidado transpessoal da Jean Watson espelha o que é o cuidar num ET. Conforme a literatura, o modelo em causa, é um referencial para a prestação de cuidados nas unidades de tratamento a toxicodependentes. A autora anteriormente citada defende que é através do cuidado transpessoal que a enfermagem pode promover o crescimento pessoal dos doentes e da Enfermagem, por relacionamentos inter-pessoais mais significativos, com a ajuda/confiança e ainda pelo sentimento de liberdade nas diferentes áreas de intervenção. A linha de pensamento da escolas do *caring* designadamente, os pressuposto defendidos pela Jean Watson.

Poder-se-á afirmar que, a enfermagem ocupa um lugar privilegiado e de extrema importância no processo de reabilitação do doente toxicodependente. Segundo Prats *et al* (2001) é, “ no programa de substituição opiácea o envolvimento da enfermagem...é muito importante, pois muitas vezes, é no momento da administração da metadona que se detectam determinados problemas e comportamentos dos utentes. E aí é feita uma primeira abordagem e posteriormente é transmitido à restante equipa...”.

Neste contexto, tendo em conta o resultado da pesquisa realizada onde é enaltecido o desempenho da enfermagem no processo de recuperação do toxicodependente, o presente trabalho, surge de uma necessidade identificada por mim em perceber o modelo de intervenção utilizado na ET e por outro lado procura dar resposta à questão, (à semelhança da escola do *caring*) “Como fazem as enfermeiras, aquilo que fazem?” cujo o objectivo é “caracterizar as intervenções de enfermagem realizadas durante o PMO no ET de Oeiras”. A população alvo é a equipa de enfermagem e o método de colheita de dados seleccionado para dar resposta ao objectivo definido foi a observação participante.

O modelo teórico adoptado para fundamentar a minha pesquisa sobre a temática foi o modelo de cuidados transpessoal de Jean Watson inserido na escola do *caring* caracterizada pela questão “Como fazem as enfermeiras, aquilo que fazem?”

O presente trabalho segue a seguinte estrutura: caracterização do funcionamento do ET de Oeiras, pesquisa bibliográfica, apresentação e interpretação da informação obtida, reflexão final, bibliografia e anexos. A concretização do presente trabalho objectiva contribuir para demolição da ideia errónea que “os enfermeiros no programa de metadona apenas enchem e distribuem frascos...”.

## 2. ET DE OEIRAS

O ET de Oeiras serve a população do concelho de Oeiras com problemas de adição, álcool e/ou drogas. A equipa é multidisciplinar composta por, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, técnicas psicossociais, assistentes sociais, assistente operacional, administrativa e segurança. O ET dispõe de um grupo para recuperação de alcoólicos, um projecto que visa a empregabilidade do toxicodependente denominado “vida emprego” e um outro grupo terapêutico com adolescente consumidores de canabinoides.

Para além dos projectos e grupos terapêuticos referidos, existe o programa de manutenção opioide com metadona onde se pretende que o toxicodependente desenvolva e/ou adquira competências pessoais, inter-relacionais e sociais ambicionando a passagem futura a um programa de alto limiar de exigência. O programa de metadona não é o tratamento por si só, mas antes, um dos recursos de tratamento.

Aproximadamente 500 utentes toxicodependentes recebem no ET de Oeiras doses de metadona — um medicamento opiáceo legalizado. A metadona é administrada via oral, é um opiáceo, uma droga que começou a ser administrada legalmente no nosso país, em 1977. A metadona e a buprenorfina são a terapêutica mais utilizada nos programas de substituição opioide. Angel et al (2002) referiram que “...estas terapêuticas de substituição agem especificamente sobre a dependência biológica do consumidor de heroína”.

Numa primeira fase, o técnico de referência (designadamente: assistente social, um psicólogo ou uma técnica psicossocial) identifica e avalia as necessidades do doente, apresenta à equipa o caso (problemática do doente) para posteriormente, ser elaborado um plano de tratamento individual. Costa (1999) defende que é através da díade (doente – técnico de referencia) que se projecta a intervenção mais adequada para cada indivíduo, a cada momento.

O plano de tratamento projectado pelo técnico de referência é apresentado à equipa para conjuntamente serem definidas as estratégias. Caso seja decidido que o doente beneficia de um PMO com metadona o doente é encaminhado para o psiquiatria para avaliar e prescrever a dose de metadona a administrar.

A enfermagem realiza a entrevista de acolhimento, apresenta o contrato que explica as normas de funcionamento do tratamento de PMO com metadona (direitos e deveres), apresenta a estrutura física do local e os recursos disponíveis. A partir deste momento, caso o doente aceite e assine o contrato, passará a integrar o PMO. O Horário de funcionamento é das 8h30 às 12h30 (às 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>) e das 17h00 às 19h30 (3<sup>a</sup>), encerra aos fins-de-semana e feriados.

A preparação e administração da metadona são feitas pela enfermagem, diariamente. É também prática da enfermagem a pesquisa de metabolitos de drogas na urina. Três análises positivas consecutivas ou a recusa da execução do teste de pesquisa de metabolitos de droga, pode significar exclusão do programa. Também, duas a quatro faltas consecutivas á toma da metadona implica reajuste de dose, cinco ou mais faltas (consecutivas) é considerado abandono e implica reavaliação do projecto terapêutico e nova indução. As faltas frequentes implicam a reavaliação do projecto terapêutico. Os motivos de exclusão imediata do PMO são: violência e ameaças à integridade física dos profissionais ou a utentes e a compra, venda ou cedência de drogas nas instalações.

O doente tem ainda responsabilidade de informar atempadamente (15 dias antes) a equipa da necessidade de se ausentar por um período de tempo, e que para tal implique a impossibilidade de se deslocar ao ET de Oeiras (por motivos profissionais, internamento em hospital ou estabelecimento prisional), para atempadamente serem preparadas as doses ou dependendo do caso, pedir a colaboração da ET da área onde se vai deslocar. Ao fim de seis meses de abstinência de consumo de drogas (comprovados por análises) a enfermagem em conjunto com o psiquiatra e o técnico de referência avaliam a hipótese de poder ter doses no domicílio (1 semana ou 15 dias) havendo necessidade de o doente/família /amigo assinar um termo de responsabilidade.

Durante o PMO, a enfermagem realiza intervenções de enfermagem individuais, de acordo com as necessidades e fragilidades percebidas durante o contacto diário com o doente.

### 3. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1. ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - TOXICODEPENDÊNCIA

A dependência de substâncias está definida como sendo: “... um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas (02) Na DSM-IV-TR, Frances & Ross, 2000. (AnexoI)

Os avanços científicos dos últimos 20 anos têm demonstrado que a toxicodependência é uma doença crónica, recidivante que resulta dos efeitos prolongados das drogas no cérebro; e tal como muitas outras doenças cerebrais abrange aspectos comportamentais e de contexto social que são partes importantes do próprio distúrbio (Leshner, 2005). Entende Guerreiro (2001) que na sociedade contemporânea o fenómeno da toxicodependência assume uma dimensão preocupante, constituindo uma ameaça ao equilíbrio social, cultural e político.

A dependência de substâncias está relacionada com a adopção de um padrão desadaptativo por parte do sujeito que sofre, surgindo a necessidade de aumentar a quantidade e a frequência do consumo com o objectivo de evitar sinais e sintomas de privação (Silva, 2004). A intensidade desses sinais e sintomas dependerá da droga específica, da dose utilizada e da velocidade com que é eliminada do Organismo.

A toxicodependência pode ser considerada uma doença crónica, como tal não existe limite de tempo para o tratamento. O objectivo do tratamento consiste na obtenção da abstinência “...continuada e evitar, tanto quanto possível, as recaídas pelo que a atitude terapêutica deve ser individualizada e adaptada à realidade de cada indivíduo, sendo de evitar intervenções que, apesar de aparentemente eficazes a curto prazo, conduzam quase inevitavelmente a um retorno aos consumos” Godinho (2006, p.85).

Segundo a literatura, a toxicodependência tem efeitos nocivos a vários níveis nomeadamente, a nível individual afecta a saúde física e mental, a nível físicos, pode existir comprometimento da saúde do indivíduo dado estar associada a uma maior probabilidade de doenças infecciosas, má nutrição e falta de higiene pessoal e ao nível

da saúde mental, são comuns problemas de ordem afectiva, de relacionamento interpessoal, de adaptação a normas e valores, baixa auto-estima, baixo nível de tolerância à frustração e alterações na percepção da realidade. Habitualmente associam-se, também, circunstâncias de vida muito difíceis como a pobreza, a instabilidade profissional, a marginalização e problemas judiciais Moro *et al* (2000).

Associada a esta problemática está muitas vezes a doença mental visto que, a dependência aponta para determinadas características da personalidade e incapacidades pessoais, que evidenciam alterações do estado de consciência, memória, regulação dos afectos, controlo dos impulsos, contracção em si próprio e consequente exclusão dos outros (Mayes, 1995, citado por Silva, 2004). A toxicodependência e a psicopatologia mantêm relações estreitas. De acordo com Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998, p.106), “ A toxicodependência representa então muitas vezes um *papel écran*, instaurando-se numa montagem defensiva, atenuando os sintomas psicopatológicos, nivelando os discursos, com todos os interesses e a atenção do individuo centrados na toma do tóxico.”

A pessoa toxicodependente, que geralmente apresenta dificuldade na gestão de afectos negativos, tais como a ansiedade, angústia e depressão; o consumo surge como a satisfação imediata que permite denegar conflitos, opondo-se à elaboração da fase depressiva (Beauchesne, 1983, citado por Silva, 2004). Existem ainda estudos que demonstram que, a adição leva à perda da auto-estima e desorganização da personalidade.

Os toxicodependentes adoptam comportamento e estilos de vida que se tornam rotineiros no seu dia-a-dia, sem ambições, existe o desinteresse por o corpo, a mente e os afectos são negligenciados do que resulta, relações utilitárias, momentâneas e “descartáveis”. A ambivalência entre um pedido de ajuda para parar de consumir e o forte desejo de consumir para obter o prazer imediato é uma realidade frequente.

Torna-se assim fundamental que para a orientação de um plano terapêutico, a equipa de tratamento esteja desperta para a eventualidade de subsistirem patologias associadas e/ou poderem surgir manifestações psíquicas quando existe uma paragem de consumos.

Tendo em consideração o anteriormente citado, os enfermeiros, podem atempadamente contribuir para a diminuição dos danos causados por o abuso de substâncias

envolvendo-se no tratamento ou projecto, intervindo no processo de saúde e doença da pessoa toxicodependente, no restabelecer a funcionalidade dentro da família, no trabalho e na comunidade.

### 3.2. CUIDAR EM TOXICODEPENDENCIA

O cuidar é inerente à profissão de enfermagem, Watson, 2002 afirma que, “ o cuidar é necessário para a prática da enfermagem, hoje e no futuro...”. Considera a autora citada que, o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem.

O cuidar da pessoa que começa desde logo na identificação das necessidades que por vezes exigem uma pesquisa mais abrangente na perspectiva de compreender o que está subjacente à disfuncionalidade da pessoa tais como, problemáticas a nível familiar e social. Ao enfermeiro compete avaliar até que ponto os problemas identificados pelo doente comprometem a sua funcionalidade, a seu desempenho a nível psicológico e afectivo. Importa ainda, para além da administração de terapêutica de substituição opiácea perceber até que ponto, o doente tem meios para manter a abstinência e se sabe como fazê-lo.

Conhecer o doente, significa não apenas identificar os problemas mas também, ajudá-lo a criar estratégias adequadas para os reduzir ou resolver. E isto é possível através da relação de ajuda entre enfermeiro – toxicodependente. Afirma Lazure (1994) que o enfermeiro, “...quando está com o indivíduo em relação de ajuda precisa ter profunda consciência ou seja, deve aproveitar o direito de professar as suas próprias convicções morais e religiosas, ou seja, ausência de toda e qualquer coação externa em matéria de moral ou religião, do contacto com aquele que ele incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, devido ao seu alto nível de empenhamento e mantendo o respeito...” (p.13)

Para Seabra (2005) a função da enfermagem, “...é ajudar...tentar sensibilizar (favorecendo referencias estruturantes) o utente para o beneficio da adopção de estilos de vida que deverão tendencialmente ter como objectivo uma vida livre de drogas ou quando não é possível, uma redução de riscos e uma minimização dos danos”. (p. 2)

As intervenções de enfermagem pressupõe sempre uma relação terapêutica e de confiança com o doente “...sendo através desta díade que se projecta a intervenção mais adequada para cada individuo, a cada momento”Costa (1999). O objectivo do tratamento “...não é meramente deixar a droga mas encontrar uma alternativa de vida em que o uso de opiáceos deixe de ser irreversível” Rosa *et al* (2000, p.24). Significa assim que, ao cuidar do doente toxicodependente não se estima somente a cura mas antes, procurar considerar como prioridade o próprio. Watson (2002)

O enfermeiro indiscutivelmente, cuida a pessoa como ser único, estabelece uma relação terapêutica fundada no respeito e confiança mútua e utiliza a comunicação como um elo de ligação entre eles, mobiliza os conhecimentos resultantes da experiencia profissional, pessoal e académica para a detecção de fragilidades e incapacidades do outro na satisfação das necessidades fundamentais para a sua vida sem juízos de valor ou preconceitos.

O cuidar em enfermagem visa a reabilitação da pessoa com comportamentos aditivos que tem inicio desde logo do “...pedido de ajuda ao regresso da autonomia, percorre-se o caminho do tratamento, numa parceria de responsabilidade mútua entre os que são capazes de prestar ajuda e aqueles que dela necessitam...” IDT (2007).

Uma das técnicas fundamentais utilizada na prática da enfermagem é a relação de ajuda. Para enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda com o doente deve ter capacidade de “ escuta, de ser empático, de respeitar, de ser congruente e ser claro”. (Berger, 1995). Também, a comunicação é fundamental neste processo e dela pode depender o decurso de tratamento do toxicodependente pois, a comunicação permite a interacção ou seja, é um elo social é um “...dos princípios científicos da enfermagem...”. Soares (2007).

Na interacção enfermeiro-paciente desenvolvem-se relações interpessoais, nas quais cada um desempenha funções específicas. O enfermeiro fornece apoio e protecção, com tomada de decisão científica e ao cliente, cabem experiências positivas responsáveis por mudanças, as quais podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável. Watson (1985).

Importa pois pensar, reflectir e co-construir com tempo os modelos e as estratégias de prevenção e de redução de riscos, não só com a população de consumidores problemáticos de substâncias psico-activas, bem como analisar para saber-ser-fazer

junto de outros quadros psicopatológicos de dependência e suas famílias. (IDT. IP, 2010).

### 3.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

As intervenções de enfermagem são estratégias específicas criadas para ajudar o doente a obter os resultados pretendidos. Segundo a NIC, a intervenção de enfermagem é “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente”

De acordo com a NIC as intervenções de enfermagem tendo em conta o uso de substâncias incluem a: recolha de dados e o ensino. A mesma fonte contempla que as estratégias específicas para ajudar o doente a ultrapassar o problema incidam sobre: auto estima; relação terapêutica; autonomia; autoconhecimento da problemática; orientação para a realidade; segurança - risco de suicídio; plano terapêutico; desenvolvimento e/ou aquisição de competências; estabelecer limites e estratégias de *coping*. (Anexo III)

Neste contexto, IDT, I.P resultante da necessidade de “...estruturar, organizar e integrar as diversas formas de pensar e praticar enfermagem perspectivando as Boas Práticas” no cuidar do toxicodependente elaborou um Manual de Boas Práticas de Enfermagem (MBPE). O enfermeiro que trabalha em toxicodependência segundo o MBPE desempenha as seguintes práticas: organiza, gere e presta cuidados de enfermagem privilegiando como “Estratégias Cuidativas” a Relação de Ajuda e Educação para a Saúde numa acção centrada no cliente/família/grupo/comunidade, salvaguardando sempre a dimensão global da dignidade humana. (Anexo IV)

Sobre as áreas de intervenção dos enfermeiros num programa de substituição Seabra (2005, p. 59) acredita que estas estão relacionadas com, “concepções do cuidar em enfermagem e outras, relacionadas menos intrinsecamente com o cuidar...”. Entende o autor anteriormente citado que são sete as áreas de intervenção designadamente, “Identificação de problemas, Acções/cuidados de enfermagem; Continuidade de cuidados; Relação enfermeiro utente; Avaliação do trabalho desenvolvido; Grupos de trabalho e Actividades de gestão”.

Retomando a linha de pensamento de Watson, verifica-se que as intervenções de enfermagem realizadas num ET, concretamente num PMO, estão em concordância com

os pressupostos da teoria do cuidado transpessoal nomeadamente: o cuidado pode ser efectivado, demonstrado e praticado apenas interpessoalmente; consiste de factores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas; promove a saúde e o crescimento individual e familiar; as respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é agora, mas como ela poderá ser; o ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor acção para si, em determinado momento; centralizado no cuidado e não na cura, de modo que sua prática integra o conhecimento biofísico ao comportamento humano para gerar ou promover a saúde e proporcionar atendimento aos que estão doentes e o cuidado é a essência da prática de enfermagem e é fundamental à Enfermagem.

Analisando o anteriormente exposto, verifica-se que existem muitas semelhanças nomeadamente na maneira sistemática de agir e na actuação dinâmica da prestação dos cuidados com o objectivo de recuperar/tratar o toxicodependente e toda a problemática envolvente. Destaca-se ainda que, a relação enfermeiro-doente é o gatilho para o processo do cuidar e dela depende grandemente o sucesso do projecto terapêutico. Da bibliografia consultada, parece consensual que, uma das técnicas mais utilizadas pela enfermagem é a relação de ajuda.

Sumarizando, o enfermeiro desenvolve intervenções de prevenção, promoção e educação para a saúde adequando-as ao contexto o objectivo major obter ganhos em saúde para o doente/família/grupo/comunidade.

### 3.4. PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO OPIÓIDE

Em linhas gerais, este tipo de tratamento subsiste principalmente em substituir a heroína por um medicamento legal, prescrito a longo prazo. A metadona não é mais do que, um opiáceo sintético agonista dos receptores muito idênticos à morfina. (Anexo II)

Nesta sequencia, o doente gradativamente e/ou de acordo com as suas necessidades (do momento e no decorrer do tratamento) pode ser integrado num programa de metadona de : Baixo Limiar, de Manutenção Limiar ou de Alto Limiar. O programa de baixo limiar destina-se aos toxicodependentes que se encontrem física e psicologicamente debilitados e sem suporte familiar existindo uma baixa exigência em relação aos consumos. No programa de Manutenção, pretende-se que o toxicodependente desenvolva e/ou adquirira competências pessoais, inter-relacionais e sociais, com o

objectivo de passar para um programa de alto limiar de exigência. O programa de Alto Limiar tem como objectivo a desabilitação da metadona e a alta do programa. Dos programas anteriormente descritos apenas me vou reportar ao PMO com metadona, por ser o programa praticado no ET de Oeiras.

O programa de metadona surge da necessidade de promover a redução do consumo de drogas e consequentemente diminuição das toxicodependências. A metadona tem por objectivo eliminar a síndrome de abstinência e o “*craving*” de forma a normalizar as funções fisiológicas e a manter um limiar de tolerância aos opiáceos que impeça o efeito euforizante da heroína (Stimmel, B; Kreek, M. J., 2000 citados por Godinho, 2006). A opção pelo tratamento com metadona surge integrado num plano terapêutico elaborado com a equipa e com o doente de acordo com as necessidades apresentadas por estes.

Acerca da finalidade dos programas de manutenção opiáceos, admite Godinho (2006) que é, “parar o consumo de heroína e promover o normal funcionamento do indivíduo”. A metadona, surge não apenas para tratar adicção mas também, como pretexto de procurar e manter um acompanhamento de saúde conseguido através de uma relação de confiança, promovendo a motivação para o tratamento, a responsabilização, a autonomia e a possibilidade de iniciar um processo de reorganização clínica, psíquica e social

O tratamento com metadona não se limita à prescrição e administração deste fármaco, exige um trabalho multidisciplinar, que envolve médicos, enfermeiros, técnicos psicossociais, psicólogos em articulação permanente com outros serviços (são exemplo: hospitais, centros de saúde, segurança social, o instituto de emprego, farmácias) para garantir a melhoria da qualidade de vida do doente.

#### 4. POPULAÇÃO E TÉCNICA DE COLHEITA DE DADOS

A população em estudo é a equipa de enfermagem do ET de Oeiras, três enfermeiras. Quanto à técnica utilizada para a colheita de dados foi a observação participante. Segundo Phaneuf (2005, p. 84) a observação é primordial na compreensão do que exprime o doente, verbal e não verbalmente, de maneira explícita ou implícita. É a observação das expressões faciais, da voz, do olhar, dos gestos, da postura, das palavras utilizadas, das construções das frases, do que revela ou procura esconder o doente que a enfermeira retira informação sobre o que ele vive, sente ou deseja.

A observação participante consiste numa “técnica de investigação social em que o observador partilha, na medida em que as circunstâncias o permitam, as actividades, as ocasiões, os interesses e os afectos de um grupo de pessoas ou de uma comunidade. O objectivo fundamental que subjaz à escolha desta técnica consistiu na captação das intervenções realizadas pela equipa de enfermagem no processo de interacção com o toxicodependente em PMO com metadona. Pois, acredito que através de uma reflexão teórica mas também numa reflexão sobre análise das práticas, seguindo um movimento indutivo que segundo “a partir das relações precisas, observadas na realidade... partindo da análise das práticas, valorizamos o princípio da interacção entre os diferentes actores”. Fortin (1998)

Nesta sequência, durante uma semana procedi à colheita de dados, registando as acções realizadas pela equipa para posteriormente proceder caracterização das intervenções de enfermagem realizadas durante o PMO fundamentadas numa análise reflexiva, entre a prática e a teoria, com o objectivo de dar o meu contributo para melhorar os cuidados prestados ao doente toxicodependente.

## 5. “COMO FAZEM AS ENFERMEIRAS, AQUILO QUE FAZEM?”

Todo o ser humano tem uma dimensão de funcionamento individual e colectivo que é centro da atenção de enfermagem – pessoa, família e comunidade. Uma intervenção de Enfermagem é uma acção realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem (ICN 2001).

Após a análise dos dados fornecidos pelos participantes concluí que, as áreas de intervenção dos enfermeiros no PMO do ET de Oeiras são as seguintes: o acolhimento (admissão, identificação de necessidades de saúde e ensino), administração e preparação terapêutica (metadona e alguma terapêutica psiquiátrica), identificação de sinais e sintomas, relação de ajuda, aconselhamento, estabelecimento de limites, articulação com a equipa e outras instituições (hospitais, Centros de Saúde, Farmácias e Estabelecimentos Prisionais) e o encaminhamento.

### 5.1. Acolhimento – Identificação de Problemas

Segundo a literatura, “... O comportamento do toxicodependente varia de pessoa para pessoa, ao sabor da historia pessoal de cada um, do seu discurso peculiar, do seu modo de viver a toxicodependência...” Ribeiro (2001, p.73). O autor anteriormente citado afirma ainda que a toxicodependência “Não é um fenómeno unívoco” do qual concordo e entendo que o sucesso de qualquer que seja o plano terapêutico está dependente desta primeira abordagem.

No momento da admissão no programa de substituição opiácea - a equipa recolhe dados e informações, que se torna de primordial importância, onde são identificadas as necessidades/problemas de cada doente em particular para assim planear as intervenções, os cuidados de enfermagem. São ainda fornecidos ao doente um conjunto de informações úteis que se prendem com o funcionamento do programa, meios e recursos disponíveis, direitos e deveres enquanto utente do CAT.

Nesta fase, é feito ensino ao doente sobre a importância da uso seguro da metadona criação de condições para o uso seguro e eficaz de drogas receitadas, do local de armazenamento da metadona (no caso de levar a dose para o domicilio) e do risco do mau uso da metadona ou dos riscos de toma indevida por outrem (exemplo das crianças).

Partindo da necessidade expressa pelo doente dá-se início ao processo do cuidar em enfermagem. A identificação dos focos de intervenção é o gatilho para todo um processo de redução de danos e prevenção de riscos no qual a equipa de enfermagem ocupa um lugar privilegiado uma vez que, tem maior contacto com o doente que lhe permite acompanhá-lo e ajudá-lo nas suas fragilidades diárias.

### 5.2. Identificação de sinais e sintomas

Fruto de um grande treino e da sensibilidade da equipa é visível a constante preocupação em detectar eventuais sinais ou sintomas (de privação ou de recaída) que possam surgir no decorrer do tratamento motivados por, a dose ser desajustada. A expressão “como se sente com a dose que está a tomar” surge frequentemente. e sobretudo muita sensibilidade e capacidade de perceber sinais e sintomas

Também, com frequência a equipa ausculta os conhecimentos do doente sobre o fármaco (metadona), reforçando sempre que necessário, as informações relativas às interações medicamentosas. A enfermagem avalia a necessidade de haver um ajuste da dose para anular a sintomatologia e reduzir os danos físicos causados pela abstinência. A decisão de ajustar a dose é feita em conjunto com a equipa de tratamento.

O toxicodependente à luz da equipa de enfermagem não é visto apenas uma pessoa com problemas de adição mas antes, toda a problemática envolvente que de alguma forma possa comprometer o desempenho das actividades de vida diária (doença mental ou doenças orgânicas). Caso haja necessidade ou indicação médica, a enfermagem procede à avaliação de sinais vitais, à realização de pensos e à administração de terapêutica psiquiátrica (por exemplo, Depôs).

De acordo com Patrício (2002): “A redução de riscos para a saúde é sobretudo um conjunto de actividades para prevenir o aparecimento de sequelas, isto é, de danos provocados pelo consumo. Existindo os danos, haverá pelo menos que minimizá-los, prevenir o agravamento desses danos. Quando for desejado, aceite e possível, haverá que procurar tratá-los.” (p.17)

### 5.3. Relação de Ajuda

No domínio da relação de ajuda, o “estar” engloba a presença física da enfermeira próximo do doente a quem administra a metadona, verifica-se que não existe apenas

uma tarefa a executar mas antes, intervir ajudando o doente na satisfação das necessidades que surgem no seu dia-a-dia. Pude ainda constatar que a equipa de enfermagem promove e mantém uma atitude de “proximidade e simultaneamente um distanciamento” com o intuito estabelecer uma verdadeira relação terapêutica. No momento em que o doente entra na sala para tomar a metadona, depara-se com alguém disponível para o escutar, que percebe as suas necessidades e lhe explica quais os recursos disponíveis, orientando-o respeitando sempre os seus direitos e a sua liberdade de escolha.

Watson (2001) afirma que, “significação do cruzamento do enfermeiro com o Outro na medida em que aquele for capaz de, cuidando, o ajudar a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor...”

Neste contexto, as intervenções realizadas são sempre alicerçadas numa atitude de escuta, empatia que propiciam a expressão de afectos e emoções. As enfermeiras são reconhecidas como confidentes, alguém que o reconhece (doente) tal como ele é sem fazer juízos de valor, preocupando-se com “os seus sentimentos, sofrimento, tristeza, prazer e felicidade”. Amorim *et. al* (2000, p.133). A equipa permite ao toxicodependente ver-se a si próprio, porque está ao lado dele, transmitindo-lhe segurança. Na problemática que envolve a toxicodependência, “Os enfermeiros deverão pois assumir atitudes de escuta, compreensão e ajuda e de mobilização do toxicodependente para o tratamento...Muitas destas pessoas chegam a uma situação de falência completa e de desorganização das suas vidas”. Rosa *et. al* (2000, p. 128)

O encadeamento, apoio emocional, provisão de segurança, aceitação e encorajamento durante períodos de crise, torna-se imprescindível para um *continuum* do cuidar.

A equipa de enfermagem utiliza com frequência, durante a relação de ajuda reforços positivos, conferindo com o doente os sucessos alcançados até ao momento.

A equipa permanentemente promove e/ou restaura as relações de confiança a expressão “esteja à vontade para partilhar o que quer que seja conosco...tudo o que for dito aqui será tratado com o máximo de sigilo” surge frequentemente. Esta transparência e confiança transmitida aos doentes permite muitas vezes a partilha de fragilidades ao mesmo tempo em que se procuram estratégias de resolução para as necessidades do doente.

Confrontação é também uma das atitudes utilizadas durante a relação terapêutica. São exemplo da existência de confrontação quando existem metabolitos de droga na urina a equipa questiona o doente o que motivou o consumo e/ou confere junto do mesmo se está a tomar outra terapêutica que possa interferir nos resultados. A intenção não é exercer qualquer tipo de represália mas antes, consciencializar o doente para os riscos que daí possam advir.

#### 5.4. ACONSELHAMENTO

Considera Amaral que o foco de atenção do aconselhador incide sobre os “ Processos conscientes, prestando ajuda e apoio em função do (s) problema(s)apresentado(s) no “aqui-e-agora”... com a finalidade de “Ganhar liberdade, individualidade e integração social” (2002,p.73)

Em diversas vezes pode constatar que o doente se dirigia à enfermagem da seguinte forma “ preciso que me ajude a decidir sobre...o que é que acha que seria melhor para mim... preciso de um conselho seu...já não sei o que fazer com a minha filha, que devo fazer”. As enfermeiras desempenham o papel de conselheiras ou seja, o doente procura junto delas conselhos para a resolução de problemas que nem sempre estão relacionados com o problema da adição mas também, da sua vida familiar, pessoal e profissional.

Muitas vezes a equipa depara-se com situações complexas relacionadas com os familiares dos toxicodependente nomeadamente, na dificuldade de gerirem conflitos e/ou por estados de doença física (dos familiares) o toxicodependente não tem capacidade de se organizar. Neste âmbito, a enfermagem sugere alternativas, aconselha o doente/família o que por si só, resulta em alguns casos, na diminuição da ansiedade de ambos e conseqüentemente promove a aceitação e o cumprimento do tratamento. “...o principal objectivo do ponto de vista da enfermagem é manter e restabelecer a saúde dos seus membros” Bolander (1998).

Num estudo realizado na ET do Barreiro sobre a existência de características de aconselhamento na gestão de cuidado de enfermagem numa ET com pessoas com problemas de adição Lopes (2010) concluiu que, “ o aconselhamento não só existe como é desejável em parceria com a prestação de cuidados de enfermagem holísticos funcionando como “ dois processos” considerando a necessidades complexas em cuidados de saúde, como é o caso das pessoas com problemas de adição. (p. 65-77)

Neste contexto, o enfermeiro utiliza como processo de tratamento o aconselhamento procurando promover a reflexão e a mudança de comportamento.

#### 5.5. Estabelecimento de limites

Entende Lyon cit Arantes *et al* (1981) que estabelecer limites “é um processo terapêutico pelo qual alguém com competências determina limites, artificiais e temporais, às manifestações de comportamento de outra pessoa”.

Na mesma linha de pensamento, Rosa *et. al* (2000) afirmam que “ o estabelecimento de regras e limites é um aspecto do relacionamento enfermeiro/toxicodependente que irá ajudá-lo a reduzir níveis de ansiedade, proporcionando-lhe desta forma, condições para experimentar padrões de comportamento mais adequados...” (p.130) A equipa promove o estabelecimento de limites diariamente não apenas relacionados com o programa mas também, relacionados com o quotidiano do doente.

O horário do programa é para ser cumprido parte a parte, o doente sabe que para receber a dose fora do horário de funcionamento do programa terá de atempadamente avisar e/ou usar uma argumentação lógica para o atraso. A equipa de enfermagem não pretende “castigar” o doente mas antes, estabelecer-lhes limites objectivando que o doente se organize e se torne o mais autónomo possível. Deve haver uma reciprocidade entre o profissional e o paciente, de modo a preconizar a meta de estímulo a autonomia do enfermo e buscar o seu autocontrole e autoconhecimento” Fonseca *et. al* (2006)

#### 5.6. Competências

A equipa de enfermagem promove a aquisição competências pessoais e sociais diariamente no contacto com o doente, nas actividades realizadas estimulando uma maior autonomia e a diminuição da dependência. Resultante do empenhamento da enfermagem e da restante equipa de tratamento o doente organiza-se e organiza o seu dia-a-dia, fica mais autónomo. A equipa de enfermagem avalia as competências adquiridas e ajusta o plano de tratamento. Quando o doente adquire um grau de autonomia e de organização admissível é-lhe dada a oportunidade de levar doses de metadona para o domicílio. A enfermagem influencia a tomada da decisão de levar doses para o domicílio na medida em que, diariamente está em contacto com o doente e percebe a sua capacidade de se organizar e autonomizar.

Ajudando o doente a adquirir ou a desenvolver competências, a enfermagem promove o controlo dos comportamentos, na capacidade de lidar com atitude negativas ajudando-o a identificar os recursos e opções disponíveis (orientar antecipadamente), educa comportamentos de procura de saúde, ajuda na adaptação às mudanças do papel (vida sem drogas), promovendo a frustração e a gestão do stress responsabilizando o doente pelo seu comportamento.

### 5.7. Articulação

Entende Seabra (2005) que “os técnicos da equipa do CAT têm sempre a noção de multidisciplinaridade necessária para o cuidar destes doentes. Nesta sequência, da equipa de enfermagem faz a articulação com a equipa envolvida no projecto individual de tratamento do doente, com outras instituições (hospitais, prisões, farmácias) preparando as doses e prestando auxílio à equipa dessas instituições caso haja essa necessidade. A articulação entre equipas e/ou instituições ajudam na continuidade do dos cuidados e do processo terapêutico. Acredita Watson que, “a enfermagem detém a única profissão em que acaba por ser o elo de ligação entre o hospital, os médicos e a família”.

### 5.8. Registos

Os registos de enfermagem são de extrema importância para a validação dos cuidados prestados e das alterações identificadas. Permite a continuidade dos cuidados prestados porque facilita a articulação pela escrita, com a restante equipa. Serve também como comprovativo da dose de metadona administrada.

## 6. REFLEXÃO FINAL

Num momento da história em que a problemática da toxicod dependência atinge na Europa e em Portugal proporções nunca antes vistas (IDT), com repercussões ao nível da diversificação e intensidade das necessidades das pessoas com toxicod dependência (muitas delas sensíveis aos cuidados de enfermagem), os enfermeiros são na actualidade chamados a ampliar o escopo da sua prática cuidativa nesta área.

Os enfermeiros são os “protagonistas” dos PMO do ET de Oeiras isto é, preparam e administram diariamente dezenas de doses de metadona e promovem intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades percebidas mutuamente (enfermeiro-doente). Então “Como fazem as enfermeiras, aquilo que fazem? Caracterizando de forma sucinta as intervenções de enfermagem observadas poder-se-á afirmar que, as acções realizadas pelas enfermeiras recaem sobre a orientação do doente sobre o seu problema valorizando a família como parte integrante desta estratégia, trabalhando com ela e com o doente os conceitos de síndrome de dependência, abstinência, comorbidade, desintoxicação e a auto-estima, assim como a prevenção da recaída e a reintegração social. Sumarizando, o foco central das intervenções de enfermagem realizadas é a manutenção do processo de mudança do comportamento, objectivando a prevenção de recurso ao uso da substância (mais frequente no início do tratamento) e que esse não se transforme em recaída (retorno ao padrão de uso anterior ao tratamento). A acção reflexiva sobre velhos e os novos papéis assumidos, suportes psicossociais para dar resolubilidade à situação/problema também são abordados. Pude também constatar que, a interacção e a relação de ajuda são a chave do cuidar em toxicod dependência. Identicamente, Jean Watson definiu a interacção como sendo a chave para a teoria do Cuidado Transpessoal.

O objectivo da enfermagem é facilitar que as pessoas adquiram “um grau superior de harmonia entre a mente, o corpo e a alma, que conduza a processos de auto-conhecimento, auto-cura e auto-cuidado e que lhes permita aumentar a diversidade” (Watson, 1998). Confrontando os resultados obtidos com o que Watson considera ser os factores básicos de cuidado que são empregues pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados ao doente considero que a população em estudo se enquadram nos seguintes: as acções/cuidados tendo em consideração o desenvolvimento da sensibilidade face a si mesmo (self) e face aos outros, estabelecimento da relação de ajuda/ confiança,

promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; promoção do ensino/ aprendizagem interpessoal; Promoção de um ambiente de apoio e/ou correcção mental, físico, sociocultural e espiritual; assistência com a satisfação das necessidades humanas; reconhecimento de forças existenciais fenomenológicas. A enfermagem é capaz de promover e desenvolver transformações no cuidado, necessárias ao ser humano, atingindo resultados para si e para o outro. Na relação enfermagem/doente, ambos vivenciam, a partir de suas experiências, um processo de aprendizagem através do cuidado transpessoal.

Reflectindo sobre a questão “como fazem as enfermeiras, aquilo que fazem?” na minha perspectiva o que fazem, fazem com rigor, conhecimento e empenhamento. Mas, comparando as intervenções realizadas por a equipa em causa com por exemplo, a equipa da ET de Torres Novas, segundo um trabalho realizado sobre a mesma temática verifica-se que o campo de acção da ET de Oeiras é mais restrito. A justificação para a não concretização de mais intervenções de enfermagem são a “falta de tempo” e o reduzido número de enfermeiros no ET. Partilho das razões apontadas mas, considero que seria possível que a equipa deste ET integrasse outros projectos tais como, formar a consulta de enfermagem, promover programas de educação para a saúde, grupos de partilha entre outros.

Em relação ao objectivo definido à partida designadamente, “caracterizar as intervenções de enfermagem realizadas durante o PMO no ET de Oeiras” considero que foi alcançado. Conjuntamente, desenvolvi/adquiri competências acerca da tomada de consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o cliente e família; competências no âmbito da gestão e interpretação da informação resultante da formação e da interacção, doentes/família e com os pares; competências de pesquisa e de reflexão no campo da avaliação e promoção dos cuidados prestados ao toxicod dependente/família e por ultimo, competências no âmbito da reflexão na, e sobre a minha prática, de forma crítica. Espero ainda que os resultados obtidos possam de alguma forma dar visibilidade às intervenções de enfermagem realizadas durante um PMO no ET de Oeiras.

## BIBLIOGRAFIA

- Amorim, S.R.; Santos, J.C. e Carvalho, M.D. “ Arte de Cuidar”,2000, 1ª Edição- Formasau – Formação e Saude Lda, Coimbra. ISBN: 972-8485-15-8
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Arantes, E. C. et al. Estabelecimento de limites como medida terapêutica de relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Esc. Enfermagem USP, v. 15, n. 2, p. 155-66, 1981.
- Azenha, Sónia; Ramos, Sónia (2005) – Caracterização de uma população em seguimento ambulatório no CAT de Braga – Estudo retrospectivo. *Toxicodependências*, vol. 11, nº2, 41-50.
- Berger, L. Malloux-Prier, A. (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global: Processo de Enfermagem por necessidades*. Loures: Editora Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-96610-6-5;
- Classificação Internacional para a pratica de enfermagem, versão 1.0, ICN. 2006. ISBN: 92-95040-36-8
- Cordeiro, J. Dias (1987) – A Saúde Mental e a Vida. Edições Salamandra. Lisboa.
- Costa, António (1999) – Duração previa do consumo de heroína e evolução em programa de substituição com metadona. *Toxicodependências*. Vol. 5, nº 3, 49-54.
- Costa, António (2001) – Medicamentos de substituição opioide. *Textos da Taipas*, (p. 61-69).
- Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Fonseca ALN, Lacerda MR, Maftum MA. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. *Cogitare Enferm*. 2006;11(1): 7-15

Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Frances, A.; Roos, R. (2002) – DSM-IV- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. American Psychiatric Association. Climepsi. Lisboa.

Gabinete de Documentação (2001): *Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência*. Ministério da Saúde, Lisboa

Godinho, José. “Reflexões sobre as terapêuticas e manutenção Opióide”. Revista Toxicodependências. Edição IDT. Vol. 12, Nº 3, 2006 (p.83-86) ISSN:0874-4890

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência, 1 de Março, 30 de Novembro e 19 de Novembro de 2007, [www.idt.pt](http://www.idt.pt).

International Council of Nurses (2001). International Classification for Nursing Practice – Beta 2 Version. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

Lazure, Hélène (1994). Viver a Relação de Ajuda – Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira. Lisboa, Lusodidacta. P.13

Leshner, Alen I. (2005) – A toxicodependência é uma doença do cérebro, e isso importa. *In*. Cérebro toxicodependente – Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na Toxicodependência, nº1,Coimbra.

Lopes, J. *in* Revista Toxicodependências, volume 16, número 1, 2010, pp. 65-77, edição IDT

Lopes, M., 2006. A relação Enfermeiro-Utente como intervenção terapêutica. Coimbra, Formasau-Formação em Saúde, Lda.

Morel, A.; Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). Cuidados ao Toxicodependente. Colecção Alcoolismo e Toxicomanias, Climepsi Editores

Moro, C. S., Esteve, M., Moreno, B., Quintanilla, L. F. Vivanco, L., González, F., Barea, M., L., Tenório, J., Romero, M., Arjona, E., Casares, R., Cañas, M., Polónio, J. A., & Navarro, C. (2000). *El Acogimiento Familiar de los Menores Hijos de Padres Toxicómanos*. Madrid: Colección Intress.

Observação Participante, Disponível na [www: <URL: http://www.infopedia.pt/\\$observacao-participante](http://www.infopedia.pt/$observacao-participante), consultado em 2011-01-13

- Patrício, Luís (1995) – Droga de Vida, vidas de droga. Bertrand. Venda Nova.
- Phaneuf, Margarot (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures, Lusociência. P. 84
- Prats, Glória *et al* (2001). Toxicodependências. Torres Vedras. CAT Torres Vedras
- Ribeiro, João (2001) “tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade” revista Toxicodependências, vol.7, nº3. Edições SPTT p.73-78
- Ribeiro, José Luís Pais (2007) – Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos publicados em português. Quarteto. Coimbra.
- Rodrigues, Sónia (2006) – Reflexões sobre qualidade de vida e tratamento de manutenção com metadona. Toxicodependências, vol. 12, nº1, 55-62.
- Rosa, A. G., Gomes, J. C., & Carvalho, M. D. (2000). Toxicodependência: Arte de Cuidar. Coimbra: Formasau.
- Rosa, Armando (1998) – Toxicodependência. Manter a Abstinência... Prevenir a recaída. Coimbra: Ediliber
- Seabra, Paulo (2005) Revista Toxicodependências: Cuidar num CAT. O trabalho desenvolvido por um enfermeiro numa equipa de programa de substituição opiácea. Edição IDT, Vol. 11, nº 2, p. 57-64
- Silva, Ana S. M. A. (2004) – Comportamento Parental em situações de risco: Toxicodependência e Maternidade. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Tomey. A; Allgood. M-Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004 ISBN: 972-8383-74
- Vasconcelos, Carlos (2000) – Breve história das terapêuticas de substituição em Portugal – conclusões principais. Toxicodependências, vol. 6, nº2, 67-79.
- Watson J. Nursing: human science and human care. East NorwalkCT: Appleton Century Grofts; 1985.



Watson, J. Transformative thinking and a caring curriculum. In:Bevis,E.O.;Watson J.(Eds). Toward a caring curriculum: a new pedagogy for nursing. New York: National League for Nursing, 1989. P.51-60

Watson, Jean. Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar / Uma teoria de Enfermagem. 1ª ed. Lusociência. Loures. 2002. ISBN: 972-8383-33-9.



## **ANEXOS**

## **ANEXO I: ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (DSM IV)**

### **Características**

A característica essencial do Abuso de Substância é um padrão mal-adaptativo de uso de substância, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. Pode haver um fracasso repetido em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel, uso repetido em situações nas quais isto apresenta perigo físico, múltiplos problemas legais e problemas sociais e interpessoais recorrentes (Critério A).

Esses problemas devem acontecer de maneira recorrente, durante o mesmo período de 12 meses. À diferença dos critérios para Dependência de Substância, os critérios para Abuso de Substância não incluem tolerância, abstinência ou um padrão de uso compulsivo, incluindo, ao invés disso, apenas as consequências prejudiciais do uso repetido.

Um diagnóstico de Abuso de Substância é cancelado pelo diagnóstico de Dependência de Substância, se o padrão de uso da substância pelo indivíduo alguma vez já satisfizesse os critérios para Dependência para esta classe de substâncias (Critério B). Embora um diagnóstico de Abuso de Substância seja mais provável em indivíduos que apenas recentemente começaram a consumi-la, alguns indivíduos continuam por um longo período de tempo sofrendo as consequências sociais adversas relacionadas à substância, sem desenvolverem evidências de Dependência de Substância. A categoria Abuso de Substância não se aplica à nicotina e à cafeína.

O indivíduo pode repetidamente apresentar intoxicação ou outros sintomas relacionados à substância, quando deveria cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (Critério A1).

Pode haver repetidas ausências ou fraco desempenho no trabalho, relacionados a "ressacas" recorrentes. Um estudante pode ter ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância. Enquanto intoxicado, o indivíduo pode negligenciar os filhos ou os afazeres domésticos.

A pessoa pode apresentar-se repetidamente intoxicada em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., ao dirigir um automóvel, operar máquinas ou em

comportamentos recreativos arriscados, tais como nadar ou praticar montanhismo) (Critério A2).

Podem ser observados problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira, agressão e espancamento, direcção sob influência da substância) (Critério A3). O indivíduo pode continuar utilizando a substância, apesar de uma história de consequências sociais ou interpessoais indesejáveis, persistentes ou recorrentes (por ex., conflito com o cônjuge ou divórcio, lutas corporais ou verbais) (Critério A4).

### **Critérios para Abuso de Substância**

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

(1) Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)

(2) uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)

(3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada a substância)

(4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais)

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

## **ANEXO II: CLORIDRATO DE METADONA**

O cloridrato de Metadona é utilizado como terapêutica de substituição em heroína dependentes. Apresenta-se sob a forma de suspensão ou comprimidos. É um opiáceo sintético agonista dos receptores mu, idêntico à morfina. A sua metabolização é hepática e a sua eliminação é feita através das fezes e urina. Tem uma semi-vida longa, entre 24-36 horas, conseguindo estabilizar os níveis plasmáticos apenas com uma toma diária. Como todos os agonistas opiáceos aumenta o tónus do músculo liso. Por libertação de vasopressina pode afectar o aparelho gastro – intestinal e diminuir o reflexo da tosse. Por libertação de histamina pode provocar vasodilatação periférica e hipotensão.

### **Efeitos secundários:**

Segundo alguns estudos os efeitos secundários surgem em 20% dos clientes e podem permanecer por um longo período de tempo. Os efeitos são: depressão respiratória, vertigens, náuseas, obstipação, sudorese, cefaleias, confusão mental, sedação, diminuição da libido. Embora menos frequentes, podem também surgir efeitos anti – colinérgicos nomeadamente: xerostomia, alteração da visão e retenção urinária.

### **Precauções na utilização da metadona no caso de:**

- ⊕ Reserva respiratória diminuída
- ⊕ Depressão respiratória, hipoxia ou hipercápnia
- ⊕ Disfunção hepática e renal
- ⊕ Hipotiroidismo
- ⊕ Doença de Addison ou hipocortisolismo
- ⊕ Diabetes Mellitus (aumenta a glicemia)
- ⊕ Hipertrofia prostática
- ⊕ Estreitamento uretral
- ⊕ Pressão intracraniana aumentada

### **Contra indicações do uso da metadona:**

- ⊕ Hipersensibilidade ao produto
- ⊕ Tratamento concomitante com antagonista ou agonista ( $\alpha$ 2-adrenérgicos)

- ⊕ Patologia cardíaca: bradicardia clinicamente significativa, intervalo QT prolongado
- ⊕ Tratamento concomitante com anti-arrítmicos classe I

#### METADONA E AS INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS:

<b>Potencia o efeito da Metadona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ranitidina</li> <li>▪ Cimetidina</li> <li>▪ Clofibrato</li> <li>▪ Clorpromazina</li> <li>▪ Fluoxitina</li> <li>▪ Sulfadiazina</li> <li>▪ Sulfametoxazol</li> <li>▪ Fluvoxamina</li> <li>▪ Isoniazidaciclosporinas</li> <li>▪ Furosemida</li> <li>▪ Cloanfenicol</li> <li>▪ Eritromicina</li> <li>▪ Itraconazol</li> <li>▪ Propanolol</li> <li>▪ Trimetopri</li> <li>▪ Imipramina</li> </ul>
<b>Diminuem o efeito da Metadona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ácido fusídico</li> <li>▪ Amitriptilina</li> <li>▪ Carbamazepina</li> <li>▪ Dissulfiramo</li> <li>▪ Fenitoína</li> <li>▪ Nevirapina</li> <li>▪ Rifampicina</li> <li>▪ Ritonavir</li> <li>▪ Etanol</li> </ul>
<b>Metadona altera o metabolismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AZT aumenta em metade;</li> <li>▪ D4T e DDI diminuem os depressores do SNC, a Metadona potencia depressores SNC;</li> <li>▪ Associada a dextropoxifeno pode conduzir à morte súbita.</li> </ul>

#### SINDROMA DE ABSTINÊNCIA

Inquietação; Irritabilidade; Hipersensibilidade à dor; Náuseas; Dores musculares; Euforia; Insónias; Ansiedade; Midriase; Sudorese; Taquicardia; Hipertensão.

#### SINDROMA DE INTOXICAÇÃO/ OVERDOSE:

A intoxicação/overdose por cloridrato de metadona só é possível com doses muito elevadas de e associados a outros opiáceo. Assim, o cliente apresenta os seguintes sinais: pupilas puntiformes, bradipneia, hipotensão, coma e paragem cardíaca.

### **ANEXO III: CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) PARA O USO DE SUBSTÂNCIAS**

**Recolha de dados:** Recolher o historial de drogas usadas para determinar: a) tipo de substâncias usadas; b) à quanto tempo ocorreu o último consumo e quantidade consumida; c) duração e frequência de consumos; d) média de consumos diários. Recolher uma amostra de urina para análise. A informação relativamente aos consumos é importante para obter uma avaliação correcta do estado do doente. Uma avaliação inicial dos conhecimentos do doente é necessária para desenvolver um plano de ensino adequado.

- Avaliação física: Monitorizar os valores analíticos e informar o médico em caso de alterações significativas. Alimentação: As variações ponderais constituem um dado relevante para o doente com abuso de substâncias. Ensinar ao doente a importância de uma nutrição adequada pois, este, pode ter um conhecimento inadequado ou incorrecto sobre a importância de uma boa alimentação para o seu bem estar geral.

**Ensino:** Avaliar o nível de conhecimentos do doente no que diz respeito aos efeitos da substância no organismo e ensinar ao doente os efeitos físicos do abuso de substâncias para estabelecer um plano de ensino. Avaliar o nível de ansiedade e predisposição do doente para aprender porque a aprendizagem não ocorre para além de um determinado nível de ansiedade. Usar conceitos de fácil compreensão e utilizar participação activa facilita a aprendizagem. Proporcionar a verbalização dos conhecimentos adquiridos como forma de avaliação da experiência de aprendizagem. Proporcionar actividades aos doentes e pessoas significativas nas quais participem durante o exercício de aprendizagem. Reforce a ideia de que o bom prognóstico está intimamente associado à abstinência.

**Auto-estima:** A baixa auto-estima pode interferir com a percepção do doente da sua capacidade de resolver problemas. O feedback positivo aumenta a auto-estima e estimula a repetição de comportamentos aceitáveis e consequentemente aumenta a capacidade de interagir de forma assertiva com os outros.

**Relação terapêutica:** Estabelecer uma relação terapêutica construída numa base de confiança mútua, utilizando:

- **Confrontação:** A confrontação pode ser usada como instrumento terapêutico uma vez que esta, interfere com a capacidade do doente recorrer à negação; uma atitude terapêutica resguarda a auto-estima e evita que o doente assuma uma postura defensiva. Não permite que o doente fabule à volta do seu estilo de vida.
- **Aceitação:** Demonstrar/transmitir aceitação do negativismo do doente. Despende tempo para estar com o doente, transmitir aceitação promovendo sentimentos de auto-valorização. Uma atitude de aceitação aumenta os sentimentos de auto-valorização.
- **Reforços Positivos – Auto-valorização:** Ajudar o doente a identificar aspectos de si que gostaria de mudar e a resolver problemas que estejam a dificultar esta actividade. Proporcionar reforço positivo em relação às tomadas autónomas de decisão e ao uso eficaz da capacidade de resolver problemas. Reforçar positivamente situações em que o doente seja capaz de adiar o prazer. Ajudar o doente a identificar e centrar-se nos seus pontos fortes e nos seus êxitos. Minimizar a atenção dada aos insucessos passados, reais ou percebidos.
- **Escuta activa:** O enfermeiro deve disponibilizar presença e tempo para escutar de forma a permitir que o doente verbalize os seus sentimentos, medos e ansiedades. Ajudar o doente a identificar pontos de esperança na sua vida através da discussão prezando pela honestidade mútua. O enfermeiro deve responder a todas as questões que o doente apresente a respeito da sua perturbação e facilitar a expressão de sentimentos de fúria dentro de determinados limites.

**Autonomia:** Assegurar que o doente não se torna progressivamente mais dependente e que é responsável pelos seus próprios comportamentos. Estimule o doente a ser tão independente quanto possível no seu auto-cuidado. O doente deve ter capacidade de realizar as actividades de vida de forma independente de forma a ser bem sucedido num ambiente comunitário menos estruturado.

**Autoconhecimento da problemática:** É necessário que o doente reconheça a relação entre o uso de substâncias e os seus problemas pessoais para que a reabilitação possa ter início. Ajudar o doente a reconhecer que o abuso de substâncias está realmente na

origem dos seus problemas. Apontar situações específicas cujas consequências possam ser directamente relacionadas com o abuso de substâncias.

**Orientação para a realidade:** Corrigir quaisquer concepções erradas de forma assertiva sem emitir juízos de valor. Orientar frequentemente o doente para a realidade. A desorientação pode por em perigo a segurança e contribuir para o afastamento deste do ambiente seguro.

**Segurança - Risco Suicídio:** Despistar a presença de depressão e/ou comportamentos suicidas pois, a segurança do doente é uma prioridade de enfermagem. Instituir as precauções de segurança necessárias, avaliar o grau de desorientação do doente e observar frequentemente os seus comportamentos. Elaborar um plano concreto de procura de ajuda pode prevenir comportamentos auto-destrutivos. Concomitantemente ao consumo abusivo de substância é frequente, a presença de ideação suicida. A presença de sentimentos ambivalentes e de fúria representam um risco acrescido de comportamentos auto-destrutivos e de suicídio. Assim, é fundamental perceber se o doente desenvolveu um plano e se tem recursos disponíveis para executar esse plano. Perguntar directamente ao doente: “Já pensou em se suicidar? Se sim como é que o pensa fazer? Tem forma de executar esse plano?”. Discutir os sentimentos com uma pessoa de confiança antes do. Aconselhar o doente a discutir os sentimentos suicidas com uma pessoa de confiança pode ajudar o doente atravessar um episódio de crise. O enfermeiro deve disponibilizar ajuda (fazer um compromisso) para que quando os pensamentos suicidas emergirem o doente o procure. Elaborar um contrato verbal a curto prazo com o doente no qual ele não tente infligir dano a si próprio durante um período específico.

**Plano Terapêutico:** É necessária uma informação correcta das capacidades funcionais do doente para elaborar um plano de cuidados adequado. Estimular a participação em actividades de grupo das quais o doente possa retirar feedback positivo e apoio por parte dos pares. Identificar os recursos da comunidade a que o doente pode recorrer como sistema de suporte se tiver sentimentos suicidas. Explorar com o doente a estratégias para lidar com situações de stress em lugar de recorrer ao abuso de substâncias.

**Desenvolvimento e/ou aquisição de competências:** Identificar comportamentos desadaptativos ou situações recentes que tenham acontecido na vida do doente e discutir

como a utilização de substâncias pode ser um factor coadjuvante. O facto de o doente ter recorrido persistentemente ao abuso de substâncias pode levar a que disponha de pouco ou nenhum conhecimento de outras respostas adaptativas. Ensinar ao doente técnicas assertividade e de comunicação eficaz: a capacidade de distinguir entre comportamentos passivos, assertivos e agressivos; a importância de respeitar os direitos humanos dos outros enquanto respeita os seus próprios direitos humanos. Não permitir que o doente racionalize ou culpe terceiros por comportamentos associados à utilização de substâncias. As mudanças de estilos de vida afectam frequentemente todos os membros da família.

**Estabelecer limites:** Assegurar que o doente sabe o que é ou não aceitável. Frequentemente, o doente é incapaz de estabelecer os seus próprios limites, pelo que deve ser o enfermeiro a estabelecê-los. Desta forma o enfermeiro pode gerir as consequências da violação dos limites sendo que, o doente deve estar consciencializado das consequências de violar os limites estabelecidos.

**Mecanismo de Coping:** Providenciar estratégias seguras de libertação da hostilidade. Ajudar o doente a identificar as verdadeiras causas da fúria e a identificar mecanismos adequados de *coping*.

#### **ANEXO IV: MBPE-IDT, I.P**

O Manual da de Boas Práticas de Enfermagem (MBPE) do IDT, I.P actualizado em 2009 o qual surgiu da necessidade de “...estruturar, organizar e integrar as diversas formas de pensar e praticar enfermagem perspectivando as Boas Práticas”. Entende por Boas Práticas “ O saber fazer em relação a valores, princípios, processos e resultados que implicam a introdução de melhorias no funcionamento dos serviços, assegurando e garantindo cuidados de qualidade ao cliente, família, grupo e comunidade” MBPE IDT, I.P. (2009) O enfermeiro surge assim na primeira linha no que se refere ao campo de intervenção na problemática do consumo abusivo de substâncias. O mesmo documento descreve as funções do enfermeiro no IDT, IP no que se refere à organização, gestão e prestação de cuidados privilegiando “...acção centrada no Cliente, que pode ser uma pessoa singular, uma família, um grupo ou uma comunidade, salvaguardando sempre a dimensão global da dignidade humana”. MBPE, IDT, I.P. (2009).

A Relação de Ajuda é considerada como ferramenta indispensável para a construção de um plano de tratamento, para o cuidar da pessoa numa abordagem holística e humanística. Segundo Muetzel, citado por Lopes “O determinante crucial para o cuidado de enfermagem ser terapêutico é a qualidade da relação entre o enfermeiro e o doente” (2006, p. 45). Nesta sequencia, o IDT, I.P. considera que as intervenções devem ser alicerçadas numa relação de ajuda os “...focos de atenção/intervenção... são as vivencias, emoções da pessoa, no “aqui e agora” uma vez que a intervenção é centrada no presente, no entanto, o conhecimento das vivencias do passado pode contribuir para melhor compreender o presente” MBPE, IDT, I.P. (2009).

A Educação para a Saúde é encarada como estratégia fundamental para a profissão de enfermagem pelo IDT, I.P. O enfermeiro no desempenho da sua função independentemente de ser uma intervenção planeada ou não, formal ou informal, dirigida à pessoa ou ao grupo, mobiliza competências técnicas, relacionais e multiculturais. O objectivo da Educação para a Saúde tem de partir do pressuposto que o enfermeiro e o cliente partilham do mesmo objectivo que é “ apoiar a atitude saudável de mudar o comportamento, apesar de as mudanças não serem imediatas ou observáveis. Mais especificamente...ensinar a promover a saúde e prevenir a doença e apoiar as famílias no sentido de lidarem com os seus actuais problemas de saúde e regimes de tratamento” Friedman (1986).



## **APÊNDICE M – REFLEXÃO - “OLHAR DE QUEM ESTÁ DE FORA...”**

# OLHAR DE QUEM ESTÁ FORA...

O título surge de uma frase empregue pela enfermeira que orientou o presente estágio que com o seu profissionalismo e dedicação me ajudou a percorrer mais uma etapa do meu percurso académico, profissional e pessoal...

O desafio foi-me lançado na perspectiva de como sendo alguém “fora” da equipa, poder olhar para o trabalho desenvolvido na ET de Oeiras para em última análise, deixar o meu testemunho, as minhas percepções e análise.

Virar os olhos para dentro do mais escuro de nós e encontrar sentido nos nossos actos, nos nossos pensamentos, são alguns quilómetros de uma extensa caminhada que é aprender e viver aprendendo.

Nesta sequência, durante o período de estágio, tive a percepção de que a equipa de enfermagem, em alguns momentos, se sente dominada por uma sensação de ambivalência, por não estarem a realizar aquilo que é inerente ao cuidar em enfermagem, devido à

enorme quantidade de tarefas que obrigatória e quotidianamente devem executar em tempo útil. O tempo é condicionante da actuação associado ao facto de um número insuficiente de recursos humanos e espaço físico (gabinetes) o que dificulta a ambição de dar resposta às necessidades identificadas. No entanto, é notável o esforço promovido pela equipa para durante o programa de manutenção opióide com metadona aproveitar para intervir, de forma informal e não planeada, procurando dar resposta aos pedidos de ajuda dos utentes e em conjunto descobrirem estratégias para os minimizar os danos e/ou por outro lado, encaminhar para outros técnicos de saúde.

A enfermagem, a meu ver, está numa posição privilegiada pela oportunidade de estar em contacto diário com os utentes. No contacto diário com os utentes, a enfermagem muitas vezes em tempo real, lida com a angústia, a desmotivação, os medos, as derrotas e os sucessos ou seja, vêem a enfermeira não como um técnica de saúde mas como uma conselheira, uma amiga e/ou uma familiar que gostariam de ter com quem partilhar as suas vivências.

Reflectindo sobre o já escrito, atendendo a que o problema de adição

de substâncias é um fenómeno multideterminado por factores de origem diversa e sem menosprezar o trabalho dos técnicos de referência da equipa, que desempenham com profissionalismo e a competência o seu papel. Mas, face à problemática envolvente da toxicoddependência e pela proximidade dos utentes com a enfermagem (concretamente os PMO) considero que em alguns casos, poderiam ser rentabilizados os recursos e ampliados os ganhos em saúde se o enfermeiro fosse técnico de referência (responsável pelo projecto de tratamento). Reconheço no entanto, que as práticas do enfermeiro não acontecem isoladas, e que a articulação com a restante equipa multidisciplinar é fundamental.

É prática frequente da ET de Oeiras existência de momentos de partilha muitas vezes informais mas que, permitem a discussão e a reflexão dos casos nas várias vertentes, (médica, psicossocial e enfermagem) procurando arranjar estratégias para a solução de problemas e tomar decisões em conjunto. Destaco ainda a qualidade das relações interpessoais no ambiente de trabalho tal como afirma Chiavenato (1995), a qualidade de vida no trabalho comporta duas posições distintas: por

um lado, as aspirações da pessoa em relação ao seu bem-estar e satisfação no trabalho e por outro, o interesse da organização quanto aos seus efeitos nos objectivos organizacionais.

Durante o estágio tive ainda a oportunidade de estar presente nas reuniões de equipa realizadas semanalmente que, para mim espelha o que é verdadeiramente trabalhar em toxicoddependência. Olhando de fora, considero que este momento de partilha e discussão dos casos envolvendo a equipa de tratamento de Oeiras, Alcabideche e Parede demonstra que trabalhar em toxicoddependência é sinónimo de trabalhar em equipa. Para mim, as reuniões foram muito enriquecedoras, poder “beber” experiencias tão diversificadas (nas várias vertentes), poder perceber como se desenrola todo o processo de acompanhamento/tratamento do utente e suas famílias, perceber as dificuldades e as estratégias adoptadas pela equipa para diminuir os danos e prevenir os riscos. Este é também o momento onde são tomadas em conjunto decisões relacionadas com os utentes, equipa...

O tratamento das pessoas com problemas de adicção de substâncias, nem sempre culmina na recuperação. Tal como acontece em psiquiatria, na

toxicodependência não há objectivos inatingíveis. Na minha opinião, sendo o trabalho em equipa uma realidade na presente ET julgo que, poderiam ser formados grupos terapêuticos envolvendo os vários técnicos para por um lado dinamizar a equipa e por outro lado intervir de uma outra forma junto do doente/família.

Para terminar, enaltecer o trabalho da ET de Oeiras pela forma com agiliza a intervenções junto da população toxicodependente para atenuar a degradação que esse comportamento desajustado lhe causou ao longo dos anos, visando a sua recuperação. Os técnicos de saúde não desistem, ultrapassam as frustrações muitas vezes causadas pelo retrocesso do plano terapêutico (motivado por recaídas dos utentes) e intervêm no sentido de obter ganhos em saúde para o utente, família e comunidade.

Importa, reflectir e criticar os nossos actos em prol de alguém só nos faz tomar consciência de como nos transformam e como podemos ser formadores de quem cuidamos. Se por um lado forma-nos no sentido de encontrarmos valor nas atitudes que temos perante os outros, por outro lado os cuidados que fazemos podem

(trans)formar uma pessoa a partir do momento que essa mesma pessoa atribui àquela experiência um significado.

É de facto, fundamental olhar com “olhos de ver” a forma como cuidamos de gente que se encontra num momento fragilidade, de dependência para a satisfação das actividades de vida diária despertada pela toxicodependência, pela doença mental ou por outra condição qualquer...pois, não deixam de ser igual a nós mesmos. Vivemos num mundo em que cada vez mais importa a singularidade, a criatividade e o espírito de crítica, em que se exigem mais e melhores cuidados, em que cuidar do outro significa antes de mais respeitar a sua condição de humano numa esfera família/grupo/comunidade ao longo do ciclo vital.

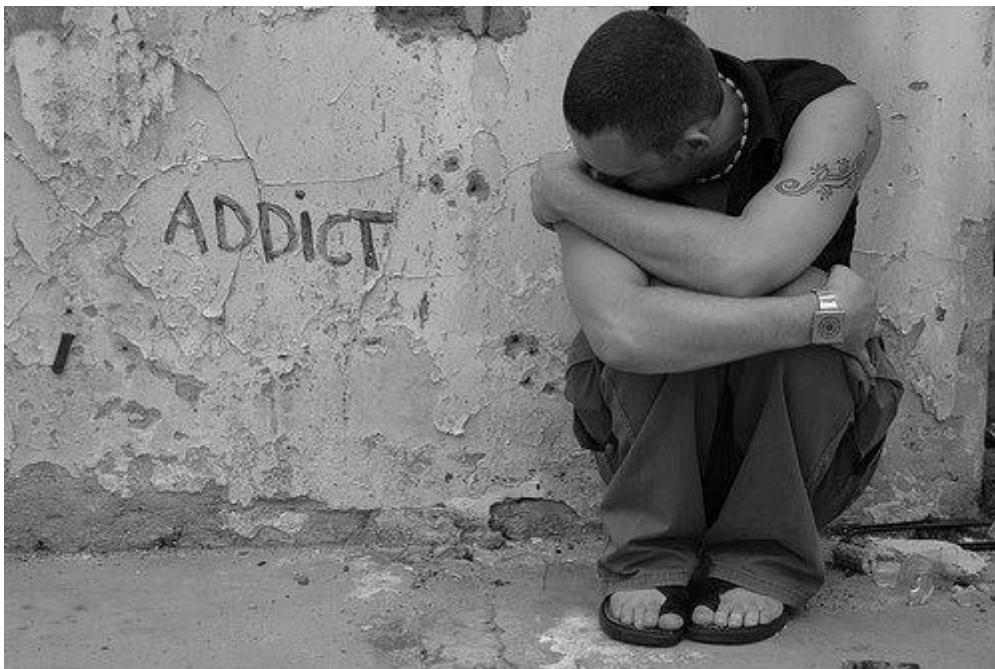
Resta-me agradecer à ET de Oeiras, os momentos e as experiencias que me proporcionaram, de forma a adquirir e desenvolver competências como enfermeira e futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria. A todos um Bem-haja...

Sara Ribeiro, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem -Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da UCP, Fevereiro 2011

**APÊNDICE N – “DOENÇA MENTAL VS COMPORTAMENTOS ADITIVOS – FOCOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM”**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

# DOENÇA MENTAL VS COMPORTAMENTOS ADITIVOS



FOCOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Realizado por: Sara Ribeiro

UCP, Campus de Sintra  
Janeiro 2011

## ÍNDICE

<b>I - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2 - COMORBILIDADE: TOXICODEPENDENCIA E SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>4</b>
2.1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL DO TOXICODEPENDENTE.....	5
2.2. DISTURBIOS PSIQUIÁTRICOS - FOCOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM .....	6
<b>3. CONCLUSÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>9</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>10</b>
<b>ANEXO I: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL DO TOXICODEPENDENTE.....</b>	<b>11</b>
<b>ANEXO II: GUIA DE PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL DO TOXICODEPENDENTE.....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXOIII: DISTURBIOS PSIQUIÁTRICOS - FOCOS, SINTOMATOLOGIA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>16</b>

## **I - INTRODUÇÃO**

O presente trabalho intitulado por “Doença Mental Vs Comportamentos aditivos – focos e intervenções de enfermagem” surge no âmbito ensino clínico III do Curso de Mestrado em enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que decorreu na Equipa de Tratamento de Oeiras.

Este trabalho surgiu de uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem nomeadamente pela inexistência de uma “ferramenta” de consulta no serviço que ajudasse a equipa a delinear e orientar as intervenções de enfermagem (de acordo com os focos identificados) no que se refere à comorbilidade psiquiátrica associada à toxicod dependência.

Frequentemente, no programa de manutenção opioide com metadona a enfermagem defronta utentes com comportamento perturbador e agressivo, perturbações de personalidade e instabilidade emocional daí a pertinência da temática. De acordo com a literatura, existe uma relação muito estreita entre a doença mental e a toxicod dependência. Estudos de diagnósticos sistemáticos indicam que cerca de 80% dos doentes aos quais é diagnosticada toxicod dependência apresentam igualmente perturbações psiquiátricas associadas ou seja, o consumo das drogas é geralmente antecedido de uma psicopatologia.

Nesta sequência, para o presente trabalho defini dois objectivos designadamente, identificar sinais e sintomas psicopatológicos no doente toxicod dependente e outro, identificar comorbilidades psiquiátricas mais frequentes associada aos comportamentos aditivos (focos e intervenções de enfermagem). As actividades a desenvolver para atingir os objectivos a que me proponho são a elaboração de um instrumento de avaliação do estado mental do toxicod dependente e a identificação distúrbios mentais associados aos comportamentos aditivos enunciando os focos de atenção de enfermagem, os sintomas e as correspondentes intervenções de enfermagem.

Desta forma, pretendo desenvolver competências pessoais e profissionais na área de especialização concretamente, ao nível da promoção da formação aos pares e ao nível da reflexão sobre a prática de forma crítica.

## 2 - COMORBILIDADE: TOXICODPENDENCIA E SAÚDE MENTAL

“Quando olhamos para os consumidores de drogas, tendemos a atribuir os seus problemas ao consumo. No entanto, é muito mais frequente que estes sofram de perturbações psíquicas, as quais, muitas vezes, não identificamos. A co-morbilidade é uma patologia que temos de ter conta no tratamento dos consumidores de drogas.”  
Marcel Reimen (OEDT, 2005)

A comorbilidade psiquiátrica é mais frequente em toxicodpendentes do que na população geral. Na mesma linha de pensamento, a Organização Mundial de Saúde (1995) definiu a comorbilidade como “co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica” também designada “diagnóstico duplo” pois, as associações entre o consumo de álcool, cannabis, cocaína e heroína e a psicopatologia são frequentes.

Dados publicados pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência (OEDT), de Lisboa, revelam que os doentes em tratamento psiquiátrico cerca de 30% a 50% dos casos de distúrbios mentais estão associados a perturbações causadas pelo consumo de substâncias, sobretudo o álcool, sedativos ou a cannabis. No caso dos utentes em tratamento para toxicodpendentes, a comorbilidade comporta geralmente um outro perfil, associado ao consumo de heroína, anfetaminas ou cocaína e a uma ou mais perturbações graves de personalidade como propriedades predominantes diagnosticadas, seguidas da depressão e ansiedade e, em menor grau, de perturbações psicóticas

Os dados da investigação indicam que as “perturbações psiquiátricas acontecem habitualmente antes das perturbações por consumo de substâncias, elas aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos a esse tipo de problemas” Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003; contudo, “as perturbações do foro psiquiátrico podem também ser agravadas pelo consumo de drogas ou sucedem em paralelo” McIntosh e Ritson (2001). A psicopatologia e os problemas da dependência interagem e influenciam-se mutuamente, existe uma grande probabilidade do abuso de substância estar associado a alteração da saúde mental da pessoa ou por outro lado, esta ser consequência do comportamento abusivo.

São vários os estudos realizados sobre a temática entre os quais o realizado por Palha e Catarina (2000) sobre “O Problema da Comorbilidade - Como o consumo de drogas pode levar à doença mental” que consistia em perceber a relação entre o consumo de drogas e o desenvolvimento de patologias psiquiátricas. As principais conclusões do estudo mostram que o consumo de drogas está ligado ao desenvolvimento de doenças de foro psiquiátrico, como depressão, esquizofrenia e doença bipolar. Segundo a OEDT associada à toxicodependência 50–90 % dos doentes sofrem de Perturbações de Personalidade, 20–60 % de Perturbações Depressivas e de Ansiedade e 15–20 % Perturbações Psicóticas.

A literatura descreve também que, o tratamento da dependência dos opiáceos através de programas de manutenção com metadona combinado com abordagens comportamentais, incluindo tratamento cognitivo-comportamental, prevenção da reincidência, treino de competências e a psicoterapia (familiar, comportamental e a psicodinâmica) têm um grande contributo na reabilitação do toxicodependente. Na comorbilidade de doença mental e dependência de substância, a combinação de uma intervenção social poderá contribuir para uma intervenção eficaz.

Partilhando do anteriormente exposto, considero que a existência de um instrumento de colheita de dados de – avaliação do estado mental do toxicodependente – a quando a admissão na ET poderá ser um instrumento útil para a identificação de sintomas psicopatológicos e dos focos de atenção relevantes para a enfermagem para posteriormente orientar um projecto terapêutico. Pois, a adequada avaliação da psicopatologia associada à toxicodependência antes de iniciar o tratamento é imprescindível para a reabilitação do doente.

## 2.1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL DO TOXICODEPENDENTE

A colheita de dados é inerente à prática do cuidar em enfermagem. Nesta sequência, para dar resposta à necessidade identificada pela equipa de enfermagem pensei ser pertinente para além, da identificação dos distúrbios psiquiátricos (focos e intervenções de enfermagem) associados ao comportamento aditivo, a elaboração de um instrumento de colheita de dados para de forma sistematizada ajudar a avaliar o estado mental do

toxicodependente. O primeiro momento é referente à identificação do utente (nome e idade) seguido da identificação dos hábitos de consumos dos utentes (tipo de substâncias). A avaliação do estado físico, avaliação social, laboral e familiar não foram propositadamente incluídos porque já existe no ET um instrumento para o efeito.

Nesta sequência, o instrumento “Avaliação do estado mental do toxicodependente” inclui sinais/sintomas psicopatológicos ordenados em nove campos de avaliação do estado mental que considere serem ajustados à problemática em causa designadamente alteração do humor, alteração da percepção, alteração do conteúdo do pensamento, alteração do processo do pensamento, alteração do discurso/comunicação, alteração da memória, despersonalização e desrealização, sinais e sintomas motores, juízo crítico e compreensão. (Anexo I). Elaborado o instrumento de recolha de dados propriamente dito, considere também pertinente, a elaboração de um guia de preenchimento utilizando os conhecimentos adquiridos nas aulas de psicopatologia, de forma a esclarecer alguns dos itens que o integram e facilitar o preenchimento. (Anexo II) Assim, poderei concluir que o objectivo - identificar sinais e sintomas psicopatológicos no doente toxicodependente – foi neste momento alcançado.

## 2.2. DISTURBIOS PSIQUIÁTRICOS - FOCOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Segundo a CIPE (2006, p.33) foco significa “Área de atenção para a enfermagem” a partir dos quais, são planeadas e implementadas as intervenções de enfermagem, voltados para o indivíduo, família e comunidade.

Neste contexto, defini como objectivo para o presente trabalho, identificar comorbilidades psiquiátricas mais frequentes associada aos comportamentos aditivos (focos e intervenções de enfermagem). O primeiro passo consistiu em identificar os distúrbios psiquiátricos associados aos comportamentos tendo por base a literatura e a realidade do contexto em que decorreu o ensino clínico. Foram identificados os seguintes distúrbios: relacionados com o uso de substâncias; do humor – depressão, Bipolar, Mania; da Ansiedade – Pânico; Fóbico, Obsessivo-compulsivo; de stress pós traumático; dissociativos; de Ajustamento; da Personalidade – Anti-social; da Personalidade Boderline e Psicóticos. Seguidamente, enunciados os focos de atenção

para a enfermagem, sintomas (de acordo com a CIPE) e por último as intervenções de enfermagem (de acordo com a NIC). (Anexo III).

### 3. CONCLUSÃO

O objectivo dos ensinamentos clínicos no âmbito da formação especializada em enfermagem constitui uma resposta diferenciada e diferenciadora dos cuidados gerais a situações e a problemas de maior complexidade. Também, a identificação das necessidades da equipa e a procura de respostas a essas necessidades são da competência do enfermeiro especialista.

Assim, o presente trabalho resulta de uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem da ET de Oeiras nomeadamente, haver um suporte teórico de fácil consulta que servisse de orientação para a prática do cuidar do toxicodependente com doença mental. Neste contexto, elaborei um instrumento de avaliação do estado mental do toxicodependente complementado com, a identificação dos distúrbios psiquiátricos associados à toxicodependência que incluem a sintomatologia e intervenções de enfermagem para dar resposta à referida necessidade. Desta forma, considero que os objectivos a que me propus inicialmente foram totalmente atingidos pois, acredito que o resultante deste trabalho, será uma “ferramenta” útil para a equipa no cuidar do doente toxicodependente com patologia mental.

A título pessoal, considero que este trabalho me permitiu desenvolver competências ao nível pessoal e profissional no âmbito da especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, ao nível da promoção da formação aos pares e também ao nível da reflexão sobre a prática de forma crítica. Nesta perspectiva, considero que a promoção da Saúde mental junto dos pares sensibilizando-os para a importância da identificação precoce da psicopatologia associada à toxicodependência poderá ser no futuro um caminho a percorrer no sentido de obter ganhos em saúde para o doente/família/comunidade.

## BIBLIOGRAFIA

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0, Geneva, 2005; ISBN: 92-95040-36-8

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. *et al.*, «Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys», *Psychiatrica Fennica*, Vol. 32, 2001, p. 62-79.

Loria m. b., Joanne McCloskey D. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) 4ª Edição ,Editora: Artmed, São Paulo ISBN: 9788536309941

Mats Fridell “Drogas em destaque”, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), de Lisboa. EDITOR: Peter Fay. 2004, ISSN 1681-6374

McIntosh, C. e Ritson, B., «Treating depression complicated by substance misuse», *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 7, 2001, p. 357-364.

OEDT (2005), Relatório Anual 2005: Evolução do fenómeno da droga na Europa, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa

[http://www.ciberjunta.com/estudo\\_comorbilidade\\_consumo\\_drogas\\_doencas\\_mentais2\\_51109.html](http://www.ciberjunta.com/estudo_comorbilidade_consumo_drogas_doencas_mentais2_51109.html), acedido a 31/01/2011

## ANEXOS

## **ANEXO I: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL DO TOXICODEPENDENTE**

(ANEXO I)

**AVALIAÇÃO ESTADO MENTAL DO TOXICODEPENDENTE**

<b>DATA DA AVALIAÇÃO</b> _____	<b>ENFERMEIRO (A)</b> _____
<b>NOME:</b> _____	<b>IDADE:</b> _____

ABUSO/DEPENDENCIA DE SUBSTÂNCIAS	
ALCOOL	<input type="checkbox"/>
OPIÁCEOS	<input type="checkbox"/>
CANABINOIDES	<input type="checkbox"/>
BENZODIAZEPINAS	<input type="checkbox"/>
ALUCINOGENÍOS	<input type="checkbox"/>
...COCAÍNA	<input type="checkbox"/>
OUTRAS SUBSTÂNCIAS	<input type="checkbox"/>
QUAIS: _____	

I - ALTERAÇÃO DE HUMOR (1)	
DEPRIMIDO	<input type="checkbox"/>
IRRITADO	<input type="checkbox"/>
ALEGRE	<input type="checkbox"/>
TEMEROSO	<input type="checkbox"/>
DESPERADO	<input type="checkbox"/>
ANSIOSO	<input type="checkbox"/>
EUFORICO	<input type="checkbox"/>
CHOROSO	<input type="checkbox"/>
II - ALTERAÇÃO DA PERCEÇÃO(2)	
ALUCINAÇÃO AUDITIVA	<input type="checkbox"/>
ALUCINAÇÃO VISUAL	<input type="checkbox"/>
ALUCINAÇÃO DA SENSIBILIDADE CORPORAL	<input type="checkbox"/>
OUTRAS	<input type="checkbox"/>
QUAIS: _____	
III - ALTERAÇÃO DO CONTEUDO DO PENSAMENTO (3):	
IDEIA DELIRANTE	<input type="checkbox"/>
IDEIAS DE SUICIDIO	<input type="checkbox"/>
FOBIAS	<input type="checkbox"/>
SINTOMAS OBCESSIVO-COMPLUSIVOS	<input type="checkbox"/>
QUAL: _____	
IV - ALTERAÇÃO DO PROCESSO DO PENSAMENTO (4)	
POBREZA DO PENSAMENTO	<input type="checkbox"/>
PRESSÃO DO PENSAMENTO	<input type="checkbox"/>
BLOQUEIO DO PENSAMENTO	<input type="checkbox"/>
PENSAMENTO TANGENCIAL	<input type="checkbox"/>
PENSAMENTO IDEOFUGITIVO	<input type="checkbox"/>
AFROUXAMENTO DE ASSOCIAÇÕES	<input type="checkbox"/>
V - ALTERAÇÃO DO DISCURSO/LINGUAGEM (5)	
RITMO	<input type="checkbox"/>
FORMA	<input type="checkbox"/>
CONTEUDO DA LINGUAGEM	<input type="checkbox"/>
QUAL: _____	
QUAL: _____	
QUAL: _____	
VI - ALTERAÇÃO DA MEMÓRIA (6)	
MEMÓRIA IMEDIATA	<input type="checkbox"/>
MEMÓRIA REMOTA	<input type="checkbox"/>
MEMÓRIA RECENTE	<input type="checkbox"/>
PARAMNÉSIAS	<input type="checkbox"/>
ALTERAÇÃO DA CONCENTRAÇÃO	<input type="checkbox"/>
ALTERAÇÃO DA ATENÇÃO	<input type="checkbox"/>
VII - DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO	
DESPERSONALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>
DESREALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>
VIII - SINAIS E SINTOMAS MOTORES	
AMBITENDÊNCIA	<input type="checkbox"/>
MANEIRISMOS	<input type="checkbox"/>
ESTEROTIPIAS	<input type="checkbox"/>
TREMORES	<input type="checkbox"/>
HIPERACTIVIDADE	<input type="checkbox"/>
AGRESSIVIDADE	<input type="checkbox"/>
ECOPRAXIA	<input type="checkbox"/>
NEGATIVISMO	<input type="checkbox"/>
FLEXIBILIDADE CÉREA	<input type="checkbox"/>
IX - JUÍZO CRÍTICO E COMPREENSÃO	
CAPACIDADE PARA RESOLVER PROBLEMAS	<input type="checkbox"/>
RECONHECIMENTO DOS LIMITES	<input type="checkbox"/>
CONSCIENCIA DA DOENÇA	<input type="checkbox"/>
USO NÃO ADAPTATIVO DE ESTRATÉGIAS DE AJUSTAMENTO	<input type="checkbox"/>

Elaborado por: Sara Ribeiro, Mestrado de Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, UCP. Janeiro 2011

**ANEXO II: GUIA DE PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL DO TOXICODEPENDENTE**

**(ANEXO II)**

**GUIA DE PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL**

I - Humor é o estado mais prevalente e prolongado vai de um pólo que é a depressão até outro pólo que é mania.

II - Percepção é o processo de tomada de consciência de algo que está a ser experimentado pelos órgãos dos sentidos. Alucinação da sensibilidade corporal - É uma percepção que ocorre sem que exista um estímulo externo do órgão sensorial correspondente por exemplo, sensações viscerais, estimulação sexual, choques eléctricos (alucinações cenestésicas) ou relacionadas com os músculos e articulações. sensação de movimento (alucinações cinestésicas).

III - Inclui delírios ou ideias delirantes que são: uma crença mantida firmemente apesar de não ter uma base lógica (não é uma crença que se consiga entender mesmo tendo em conta o background educacional, cultural e religioso da pessoa), não cede a argumentação lógica. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que uma pessoa não consegue excluir da consciência, existe uma luta interna. Compulsão são comportamentos repetitivos realizados de uma forma estereotipada em resposta a uma obsessão, acompanhados de uma sensação subjectiva de que têm que ser feitos e por uma vontade de resistir. Por vezes as ideias obsessivas estão relacionadas com preocupações acerca das consequências de se realizar mal o ritual

IV - Referente à forma e fluxo do pensamento. Pobreza do pensamento (as ideias surgem em pouca quantidade, lentamente e com pouca diversidade); Pressão do pensamento (as ideias surgem rapidamente, em grande velocidade e variedade); Bloqueio do pensamento (sensação de que a mente ficou vazia); Pensamento tangencial (apenas “toca” em aspectos relevantes do assunto em causa); Pensamento ideofugitivo (associação rápida de ideias sem perda da conexão lógica); Perda/ afrouxamento de associações (perda de associações, pensamento descarrilado, salada de palavras)

V - Ritmo por exemplo: ecolália, palilália, logoclonia e alterações da sintaxe, agramatismo. Quanto à forma: Volume: (hipofónico, altissonante); Disartria (alteração

da articulação); Disprosodia/aprosodia (ausência de melodia), Logorreia/ verborreia, Mutismo e pobreza de discurso, Taquifemia (discurso sob pressão) e Verbigeração (discurso interrompido por pausas e repetições de partes de palavras). Quanto ao conteúdo da linguagem: parafasias semânticas (palavra trocada), parafasias literais (palavra errada), neologismos: palavra inexistente com significado idiosincrático, estereotípias, coprolália. O conteúdo da linguagem

VI - Memória imediata – Retenção durante alguns minutos, Memória recente – Retenção durante alguns dias, Memória remota – Memórias de eventos remotos. Recordações de infância. Atenção: Capacidade de nos focarmos em determinado objecto. Concentração: Capacidade de nos mantermos focados

VII – Despersonalização: O doente sente-se irreal, estranho, afastado das suas próprias experiências usam muitas vezes a expressão “é como se ...” para descrever esta experiência. Caracteristicamente os doentes têm a sensação que não conseguem descrever de forma adequada a experiência mas têm consciência do patológico. Desrealização: Semelhante à despersonalização mas em relação ao ambiente, os objectos parecem irreais e/ou as pessoas parecem ter apenas 2 dimensões

VIII – São exemplo de sinais e sintomas motores os seguintes: Ambitendência (sequência de movimentos incompletos, repetidos e contraditórios); Ecopraxia (imitação automática do observador, mesmo quando é pedido que não imite); Maneirismos (movimentos direccionados repetitivos); Negativismo (resistência automática); Posturing (doente mantém-se fixo em posições bizarras); Estereotípias e tics (movimentos automáticos não direccionados); Copropraxia (gestos obscenos compulsivos); Flexibilidade cêrea (o doente assume e mantém as posições impostas pelo observador, como uma estátua de cera); Paramímias (Maneirismos da mímica facial).

IX – Juízo crítico e compreensão é a capacidade de perceber as mudanças patológicas e reconhecer que tal se deve a uma doença mental. Pode ser influenciado por factores culturais.

Fonte : Apontamentos das aula de psicopatologia (1º semestre do Curso de Mestrado de Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria 2010/2011)

## **ANEXOIII: DISTURBIOS PSIQUIÁTRICOS - FOCOS, SINTOMATOLOGIA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

**DISTURBIOS RELACIONADOS COM O USO DE SUBSTÂNCIAS**

<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Auto-estima, diminuída</b>	Dificuldade em aceitar reforço positivo; Não assumir a responsabilidade pelo auto-cuidado; Comportamento auto-destrutivo (abuso de substâncias); ausência de contacto olhos nos olhos; isolamento social; auto ou hetero-crítica/julgamento intenso; sentimento de desesperança; medo de falhar; incapacidade de reconhecer os êxitos pessoais; procura o falhanço ao estabelecer objectivos irrealistas; relações interpessoais insatisfatórias; visão negativista/pessimista da vida
<b>Coping, não eficaz</b>	Baixa auto-estima; ansiedade crónica; depressão crónica; incapacidade de cumprir as expectativas associadas ao papel; alteração na participação social; incapacidade de assegurar as necessidades básicas; uso de substâncias como mecanismo de defesa; abuso/dependência/intoxicação/abstinência de substâncias; baixa tolerância à frustração; necessidade de gratificação/satisfação imediata; comportamento manipulador; negação dos problemas
<b>Ingestão de Alimentos, diminuída</b>	Perda de peso; pele e mucosas descoradas; baixa do tónus muscular; perda da elasticidade cutânea; edema das extremidades; desequilíbrio hidro-electrolítico; fissuras nas comissuras labiais; dermatite descamativa; neuropatias; anemias; ascite
<b>Risco de ferida traumática</b>	Desorientação; Convulsões; Alucinações; Agitação psicomotora; sinais vitais instáveis; delirium; ansiedade elevada
<b>Risco de suicídio</b>	Verbalizações manifestando o desejo de morrer; história de tentativas de suicídio anteriores; plano suicida e recursos para o praticar; alucinações (secundárias à abstinência); humor deprimido intenso incluindo ideação suicida (secundária à abstinência de estimulantes); comportamentos suicidas agressivos; auto-estima diminuída; fúria auto-dirigida; manifestações de desesperança
<b>Conhecimento deficiente</b>	Abuso de substâncias; verbalizações de défice de conhecimento; verbalização de conhecimentos incorrectos; pedido de informações; verbalização de problemas
<b>Negação disfuncional</b>	Afirmações da parte do doente de que não tem nenhum problema relacionado com substâncias
<b>Auto cuidado deficiente</b>	Incapacidade física de levar a comida à boca, incapacidade em lavar o corpo ou partes corporais, obter ou chegar às fontes de água, regular temperatura ou fluxo de água, habilidade comprometida em separar as peças de roupa para se vestir, obter ou substituir a roupa, manter a aparência num nível satisfatório, incapacidade de chegar à casa de banho (mobilidade comprometida), incapacidade em manipular roupa para cuidar da sua higiene, incapacidade de descarregar o autoclismo ou esvaziar lavatório, incapacidade em se sentar ou se levantar nas suas actividades de higiene, incapaz de ter ou manter uma higiene pessoal adequada

<b>DISTÚRBIOS RELACIONADOS COM USO DE SUBSTANCIAS (CONTINUAÇÃO)</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Pensamento alterado</b>	Pensamento delirante; alucinações; interpretações incorrectas do ambiente; perturbações da memória (e confabulação); alterações no espectro da atenção, distratibilidade; desorientação no tempo, espaço, pessoa, circunstâncias e situações; obsessões; compromisso da capacidade de tomar decisões, de resolver problemas, de raciocinar, da capacidade de abstracção, de conceptualização e de cálculo; pensamento desenquadrado da realidade
<b>Stress do cuidador, presente</b>	Sentimentos de stress associados à relação com a pessoa a quem se prestam cuidados; sentimentos de depressão e fúria; conflitos familiares à volta de problemas relacionados com a responsabilidade de assegurar a prestação dos cuidados
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Facilitar sistema de suporte ao doente e a manutenção do lar	Promover grupo de apoio
Apoiar a família - assistir ao cuidador	Gerir o humor
Apoiar a tomada de decisão - determinar metas com a pessoa	Promover a gestão da raiva - proporcionar apoio emocional
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Promover comportamento adequado - treinar o controlo de impulsos
Aumentar a auto-estima e a segurança	Promover honestidade e o esclarecimento de valores
Controlar o delírio	Promover o coping eficaz
Diminuir a ansiedade - executar técnica calmante	Monitorizar o doente - promover encaminhamento
Ensinar o indivíduo - educar comportamentos de procura de saúde	Assistir na gestão da dor
Executar aconselhamento nutricional - planear a dieta	Promover o desempenho de papel
Executar técnica de relação de ajuda - disponibilizar presença	Prevenir o uso de substâncias
Executar terapia de grupo, terapia familiar e/ou terapia por reminiscências	Tratar abstinência de álcool e/ou droga
Executar terapia de orientação para a realidade - orientar antecipadamente	Tratar o uso e a sobredosagem de substâncias

<b>DISTURBIO DO HUMOR - DEPRESSÃO</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Auto estima, diminuída</b>	Dificuldades em aceitar reforços positivos, não assume responsabilidade no auto-cuidado, comportamentos auto-destrutivos, não olha nos olhos, isolamento social, atitude crítica e de julgamento relativamente a si e aos outros, sentimentos de desvalorização, medo de falhar, incapacidade em reconhecer as suas conquistas e realizações, prepara-se para falhar estabelecendo objectivos irrealistas, relações interpessoais insatisfatórias, postura pessimista e negativista.
<b>Sono Alterado</b>	Estar acordado trinta minutos (30') após ir para a cama, acorda muito cedo de manhã e é incapaz de adormecer novamente, excessivo bocejar e desejo de fazer sestas durante o dia, hipersónia, usando o sono como escape.
<b>Luto disfuncional</b>	Idealização de perda (conceito), negação de perda, raiva excessiva expressa de forma inapropriada, obsessão com perdas passadas, ruminações de sentimentos de culpa, excessivos e exagerados relativamente à situação, regressão do desenvolvimento, alteração na concentração e ou na concretização de tarefas, dificuldade em expressar a perda, atitude lábil
<b>Risco de Auto Agressão</b>	Efectuar declarações directa ou indirectamente de se querer matar, história de tentativas de suicídio anteriores, tem plano de suicídio e pretende levá-lo a cabo, põe os negócios em dia, escreve testamento, dá objectos de valor, alucinações, pensamento delirante, comportamento autodestrutivo e ou atitudes activas com actos suicidas agressivos, auto-estima vulnerável, declaração relativamente à incapacidade de melhorar a sua situação de vida
<b>Risco de Suicídio</b>	Efectuar declarações directa ou indirectamente de se querer matar, história de tentativas de suicídio anteriores, tem plano de suicídio e pretende levá-lo a cabo, põe os negócios em dia, escreve testamento, dá objectos de valor, comportamento autodestrutivo e ou actos suicidas agressivos, auto-estima vulnerável, declaração relativamente à incapacidade de melhorar a sua situação de vida
<b>Angustia Espiritual</b>	Fúria direccionada a Deus, põe em questão a sua própria existência, incapacidade em participar nas práticas religiosas habituais
<b>Interação Social, comprometida</b>	Triste, afecto aborrecido, ausência do apoio de pessoas significativas (família, amigos, grupo), isolamento, não mantém contacto visual, preocupação com os próprios pensamentos (acções repetitivas e sem sentido), procura estar sozinho, assume posição fetal
<b>Processo Pensamento Alterado</b>	Interpretação inadequada do ambiente que o rodeia, pensamento delirante, hipovigilância, alteração de capacidade de atenção (distractibilidade), egocêntridade, obsessões, incapacidade em tomar decisões, resolver problemas, razão, conceptualização ou abstracção, cálculo, ruminações negativas

<b>DISTURBIOS DO HUMOR – DEPRESSÃO (CONTINUAÇÃO)</b>	
<b>Ingestão de Alimentos, diminuída</b>	Perda de interesse na comida, perda de peso, conjuntivas e mucosas pálidas, pobre tonificação muscular, amenorreia, diminuição da consistência, edema das extremidades, desequilíbrio electrolítico, fraqueza, anemias, obstipação.
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Administrar e gerir a medicação	Executar terapia sócio-recreativa
Promover integridade familiar	Executar toque
Apoiar a tomada de decisão e proporcionar o apoio emocional	Executar treino de assertividade
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Facilitar sistema de suporte ao doente
Aumentar a auto-estima e a auto-percepção	Gerir as alucinações e o humor
Aumentar a segurança e a socialização	Gerir o ambiente físico - Monitorizar a segurança do doente
Controlar o delírio	Prevenir o suicídio
Determinar metas com a pessoa, esclarecimento de valores	Prevenir o uso de substâncias - Proteger contra o abuso e Tratar abstinência
Diminuir a ansiedade	Promover a esperança, a gestão da culpa e a gestão da raiva
Disponibilizar presença - Escutar activamente	Promover comportamento adequado: auto-agressão
Executar aconselhamento nutricional - Gerir perturbações alimentares	Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais
Executar reestruturação cognitiva	Promover comportamento sexual adequado
Executar técnica de relação de ajuda e técnica de relaxamento muscular progressivo	Promover grupo de apoio
Executar terapia de orientação para a realidade e terapia por reminiscências	Promover o <i>coping</i> eficaz
	Promover o sono

<b>DISTURBIO DO HUMOR – BIPOLAR, MANIA</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Risco de Agressão</b>	Linguagem corporal, punhos fechados, expressões faciais, postura rígida, esforço intenso em se controlar, actos demonstrativos de agressividade, objectivo dirigido a destruição de objectos, comportamento de autodestruição, actos de agressividade suicida, verbalizações hostis de ameaça, aumento de actividade motora, excitação, irritabilidade, agitação, manter ou possuir meios de destruição, atitudes de desconfiança relativamente aos que o rodeiam, ideação paranóide, delírios, alucinações, raiva, incapacidade de verbalizar sentimentos, comportamento provocador (argumentativo, desafiador, exagerado, hipersensível), repetição de verbalizações (queixas contínuas, pedidos, exigências)

<b>DISTURBIO DO HUMOR – BIPOLAR, MANIA (CONTINUAÇÃO)</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Percepção Alterada</b>	Alterações nas respostas habituais aos estímulos; alteração nos padrões de comunicação; não cumpre ordens; intensa hostilidade; capacidade de concentração muito limitada; pensamentos bizarros; irritabilidade; desorientação; perda da capacidade de concentração; alucinações; medo; oscilações súbitas do humor; respostas emocionais exageradas; ilusões visuais e auditivas (distorções da percepção visual e auditiva); respostas inadequadas; solilóquios e risos aparentemente imotivados; pose de escuta (inclinação lateral da cabeça como quem escuta); interrupção do discurso a meio de uma frase adoptando atitude de escuta
<b>Sono Alterado</b>	Deambulação durante a noite; permanece acordado 45 minutos após se ter recolhido; dorme por curtos períodos; numerosos períodos de espertina nocturna; desperta muito cedo pela madrugada, exibindo sinais de inquietação
<b>Interação social comprometido</b>	Incapacidade de estabelecer relações satisfatórias e manipulação dos outros para satisfação dos seus interesses
<b>Risco de Ferida Traumática</b>	Bate com a cabeça, mãos pé ou outra parte do corpo contra a parede quando zangado, oscilações de humor tornando-se destrutivo para objectos inanimados, recusa alimentar, aumento de agitação, dificuldade em controlar movimentos potencialmente danosos e sem sentido
<b>Auto-cuidado comprometido</b>	Perda de interesse pela comida; perda de peso; palidez da pele e mucosas; tónus muscular diminuído; amenorreia; diminuição da elasticidade cutânea; anemias; desequilíbrio
<b>Pensamento Alterado</b>	Interpretação pouco precisa do ambiente; atitude de grande precaução e vigilância; diminuição da amplitude da atenção: distractibilidade; egocentrismo; incapacidade de captar conceitos; autoritarismo; obsessões; incapacidade de acompanhar (e de compreender) a comunicação entre outras pessoas; diminuição da capacidade de tomar decisões, resolver problemas, raciocinar, de abstracção, conceptualizar e fazer cálculos; comportamento social inadequado; delírios de grandeza; delírios persecutórios; desconfiança
<b>Coping não eficaz</b>	Alterações no papel social; uso inadequado de mecanismos de defesa (uso excessivo da projecção); manipulação verbal; negação da depressão; cálculo, ruminacões negativas

## **DISTURBIO DO HUMOR – BIPOLAR, MANIA (CONTINUAÇÃO)**

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Apoiar a tomada de decisão	Executar treino de assertividade
Assistir ao cuidador na manutenção do lar - Executar terapia familiar	Facilitar sistema de suporte ao doente
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Gerir a medicação
Assistir na gestão da dor	Gerir o ambiente físico: Prevenção Contra a Violência
Assistir na melhoria da comunicação	Gerir o humor
Aumentar a auto-estima e a auto-percepção	Monitorizar a segurança do doente
Aumentar a segurança	Prevenir a fuga
Aumentar a socialização	Prevenir o suicídio
Controlar o delírio	Prevenir o uso de substâncias
Determinar metas com a pessoa - Promover a capacidade de recuperação	Prevenir quedas
Diminuir a ansiedade	Promover a gestão da raiva - Promover comportamento adequado: auto-agressão
Disponibilizar presença, executar o toque	Promover a honestidade
Educar comportamentos de procura de saúde - Ensinar o indivíduo	Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais
Executar aconselhamento nutricional - Gerir perturbações alimentares	Promover comportamento sexual adequado
Executar reestruturação cognitiva	Promover esclarecimento de valores
Executar técnica de imaginação guiada, musicoterapia	Promover o controlo do comportamento, treinar o controlo de impulsos
Executar técnica de relação de ajuda - Escutar activamente	Promover o coping eficaz
Executar técnica de relaxamento muscular progressivo	Promover o sono
Executar terapia de grupo – Promover grupos de apoio	Promover uma relação complexa
Executar terapia de orientação para a realidade	Promover visita de pessoas significativas
Executar terapia por reminiscências	Administrar medicação
	Tratar sobredosagem e a abstinência de substâncias

<b>DISTURBIO DA ANSIEDADE - PÂNICO</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Ansiedade, elevada</b>	Dispneia, palpitações, dores no peito ou desconforto, sensação de engasgamento ou aperto, tonturas, sentimentos de desequilíbrio, sentimentos de irrealidade, parestesias, transpiração, sensação de desmaio, tremores e arrepios, medo de morrer, medo de ficar louco ou fazer qualquer coisa descontrolada durante o episódio, insónia, inquietação, náuseas ou desconforto abdominal, pesadelos ou percepção visual de acontecimentos traumáticos
<b>Sentimento de Impotência, presente</b>	Verbalização de sentimentos de ausência de controlo sobre a própria vida e ausência de envolvimento nas tomadas de decisão relacionadas com o auto-cuidado e com a sua própria vida
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Apoiar a tomada de decisão Assistir a pessoa no auto-cuidado Assistir em situação de crise (intervenção na crise) Aumentar a auto-estima - Proporcionar apoio emocional Determinar metas com a pessoa Diminuir a ansiedade - Promover a meditação Disponibilizar presença Executar técnica de relaxamento muscular progressivo Executar terapia pela arte e terapia por reminiscências	Executar treino de assertividade Negociar com a pessoa um contrato terapêutico Orientar antecipadamente Promover a auto-responsabilização Promover aprendizagem Promover esclarecimento de valores Promover grupo de apoio Promover uma relação complexa

<b>DISTURBIO FÓBICO</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Interação social comprometida</b>	Isolamento, recusa de abandonar o quarto ou a casa
<b>Medo</b>	Recusa em sair sozinho de casa, recusa em comer em público, recusa em falar ou apresentar-se em público, recusa expor-se a situações ou objectos específicos; apreensão; comportamentos de confronto físico ou fuga; estimulação simpática: excitação cardiovascular (taquicardia e/ou HTA), vasodilatação periférica, dilatação pupilar (miose)

### **DISTURBIO FÓBICO (CONTINUAÇÃO)**

#### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Apoiar a família na tomada de decisão	Executar terapia por reminiscências e terapia socio-recreativa
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Executar toque e promover a gestão da raiva
Assistir na melhoria da comunicação	Executar treino de assertividade e de auto-sugestão
Aumentar a auto-estima e a auto-percepção	Facilitar sistema de suporte ao doente
Aumentar a segurança e a socialização	Gerir o ambiente físico, Prevenir o suicídio
Estabelecer limites à pessoa	Promover a capacidade de recuperação
Diminuir a ansiedade	Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais
Disponibilizar presença e escutar activamente, técnica de relação de ajuda	Promover comportamento adequado: deficit de atenção
Ensinar a pessoa sobre um procedimento/tratamento	Promover esclarecimento de valores
Executar reestruturação cognitiva e terapia de grupo e terapia familiar	Promover o coping eficaz e uma relação complexa
Executar técnica de relaxamento muscular progressivo	Tratar o uso de substâncias

### **DISTURBIO OBCESSIVO-COMPULSIVO**

#### **FOCO**

#### **SINTOMATOLOGIA**

<b>Coping, não eficaz</b>	Comportamento ritualista ou pensamentos obsessivos
<b>Interação dos papéis, ineficaz</b>	Incapacidade de cumprir os padrões habituais de responsabilidade

#### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Apoiar a tomada de decisão - Assistir ao cuidador	Executar terapia de grupo e terapia familiar
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Monitorizar a segurança do doente
Aumentar a auto-estima - Promover a melhoria da imagem corporal	Promover esclarecimento de valores
Determinar metas com a pessoa - Orientar antecipadamente	Promover grupo de apoio
Diminuir a ansiedade e gerir o humor	Promover o coping eficaz
Ensinar o indivíduo	Promover o desempenho de papel e uma relação complexa
Executar técnica de relação de ajuda	

<b>DISTURBIO DE STRESS PÓS TRAUMÁTICO</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Reacção traumática presente</b>	Flash backs, lembranças intrusivas, pesadelos, revivências psicológicas do acontecimento, dissociação, amnésia
<b>Luto disfuncional</b>	Irritabilidade e impulsividade, atitudes autodestrutivas, abuso de substâncias, verbalização de culpa por sobreviver ou culpa relativa a comportamento necessário à sobrevivência
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Assistir ao cuidador	Facilitar sistema de suporte ao doente
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Gerir o humor e promover a esperança
Aumentar a auto-estima, promover a melhoria da imagem corporal e a socialização	Informar por telefone
Determinar metas com a pessoa	Prevenir o suicídio
Diminuir a ansiedade	Prevenir o uso de substâncias
Disponibilizar presença e Escutar activamente	Promover a gestão da culpa e da raiva
Ensinar o indivíduo	Promover apoio espiritual
Executar técnica de relação de ajuda	Promover esclarecimento de valores
Executar técnica de relação de ajuda	Promover grupo de apoio
Executar técnica de relaxamento muscular progressivo	Promover o coping eficaz
Executar terapia de orientação para a realidade	Promover o desempenho de papel
Executar terapia familiar	

<b>DISTURBIO DISSOCIATIVOS</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Coping ineficaz</b>	Incapacidade de satisfazer as expectativas associadas ao papel; alteração na participação social; incapacidade de resolver problemas; humor deprimido; ansiedade; hostilidade verbal e física; aumento da dependência; comportamento manipulador de terceiros a fim de satisfazer desejos pessoais; recusa em cumprir as regras do serviço
<b>Risco de Agressão</b>	Linguagem corporal: punhos cerrados, expressão facial, postura rígida, tensão física revelando um esforço intenso para o autocontrolo; acções ostensivamente agressivas; destruição intencional de objectos circundantes; comportamentos auto-destrutivos e/ou actos agressivos e suicidários; discurso hostil e ameaçador; jactância de maus-tratos infligidos a terceiros; actividade motora intensa, deambulação sem destino definido, exaltação, irritabilidade, agitação; fúria; aumento do nível de ansiedade; depressão (especificamente, actos agressivos e suicidários); comportamento provocatório: argumentativo, insatisfeito, exagerado, hipersensível
<b>Luto Disfuncional</b>	Idealização do objecto da perda; negação da perda; hostilidade excessiva, expressada de forma imprópria; retrocesso no desenvolvimento; perturbação da concentração e/ou na realização de tarefas;
<b>Auto-estima diminuída</b>	Dificuldade em aceitar reforço positivo; não adesão à terapia; comportamento autodestrutivo; emissão frequente de observações depreciativas e críticas contra si próprio; relutância em empreender novas actividades devido ao medo de falhar; não estabelecimento de contacto visual; manipulação de um membro da equipa contra outro com o propósito de conseguir privilégios especiais; incapacidade de estabelecer relações íntimas, pessoais; isolamento social; depreciação de terceiros com o intuito de aumentar os sentimentos de valorização pessoal
<b>Interação social comprometida</b>	Desconforto observado ou verbalizado em situações sociais; incapacidade observada ou verbalizada para receber ou comunicar uma noção de pertença, de afecto, de interesse ou de partilha de um passado comum; uso observado de mecanismos de interacção social ineficazes; interacção não funcional com pares, famílias e outros; apresenta comportamentos desadequados para a idade, de acordo com o grupo social dominante

### DISTURBIO DISSOCIATIVOS (CONTINUAÇÃO)

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Administrar medicação	Facilitar sistema de suporte ao doente
Apoiar a família - Assistir ao cuidador - Promover integridade familiar	Gerir o ambiente físico
Apoiar a tomada de decisão	Gerir o humor
Assistir a pessoa no processo de luto	Prevenir o suicídio
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Prevenir o uso ou a sobredosagem de substâncias ou tratar abstinência
Aumentar a auto-estima, a auto-percepção e a socialização	Promover a capacidade de recuperação e a esperança
Monitorizar e aumentar a segurança	Promover a gestão da culpa e da raiva
Determinar metas com a pessoa - Orientar antecipadamente	Promover a honestidade
Diminuir a ansiedade	Promover a mediação cultural
Disponibilizar presença - Escutar activamente	Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais e esclarecimento de valores
Executar técnica de relação de ajuda	Promover comportamento adequado: auto-agressão e deficit de atenção
Executar terapia de grupo e terapia familiar	Promover grupo de apoio
Executar terapia por reminiscências e terapia sócio-recreativa	Promover o coping eficaz
Executar treino de assertividade	

### DISTURBIO DE AJUSTAMENTO

FOCO	SINTOMATOLOGIA
<b>Coping ineficaz</b>	Incapacidade de satisfazer as expectativas associadas ao papel; alteração na participação social; incapacidade de resolver problemas; humor deprimido; ansiedade; hostilidade verbal e física; aumento da dependência; comportamento manipulador de terceiros a fim de satisfazer desejos pessoais; recusa em cumprir as regras do serviço
<b>Risco de agressão</b>	Linguagem corporal: punhos cerrados, expressão facial, postura rígida, tensão física revelando um esforço intenso para o autocontrolo; acções ostensivamente agressivas; destruição intencional de objectos circundantes; comportamentos auto-destrutivos e/ou actos agressivos e suicidários; discurso hostil e ameaçador; ostentação de maus-tratos infligidos a terceiros; actividade motora intensa, exaltação, irritabilidade, agitação; fúria; aumento do nível de ansiedade; depressão (especificamente, actos agressivos e suicidários); comportamento provocatório: argumentativo, insatisfeito, exagerado, hipersensível
<b>Luto, disfuncional</b>	Idealização do objecto da perda; negação da perda; hostilidade excessiva expressada de forma imprópria; perturbação da concentração e/ou na realização de tarefas;

<b>DISTURBIO DE AJUSTAMENTO (CONTINUAÇÃO)</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Auto-estima, diminuída</b>	Dificuldade em aceitar reforço positivo; não adesão à terapia; comportamento autodestrutivo; emissão frequente de observações depreciativas e críticas contra si próprio; relutância em empreender novas actividades devido ao medo de falhar; não estabelecimento de contacto visual; manipulação de um membro da equipa contra outro
<b>Interação social, comprometida</b>	Desconforto observado ou verbalizado em situações sociais; incapacidade observada ou verbalizada para receber ou comunicar uma noção de pertença, de afecto, de interesse ou de partilha de um passado comum; uso observado de mecanismos de interacção social ineficazes; interacção não funcional com pares, famílias e outros; apresenta comportamentos desadequados para a idade, de acordo com o grupo social dominante
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
<p>Apoiar a família</p> <p>Apoiar a tomada de decisão e assistir ao cuidador</p> <p>Facilitar sistema de suporte ao doente</p> <p>Promover integridade familiar</p> <p>Assistir a pessoa no processo de luto</p> <p>Assistir em situação de crise (intervenção na crise)</p> <p>Aumentar a auto-estima e a auto-percepção</p> <p>Aumentar a segurança</p> <p>Determinar metas com a pessoa e orientar antecipadamente</p> <p>Diminuir a ansiedade - Executar técnica calmante</p> <p>Disponibilizar presença e escutar activamente</p> <p>Ensinar o indivíduo</p> <p>Executar técnica de relação de ajuda</p> <p>Promover a relação complexa</p>	<p>Executar terapia de grupo, terapia familiar e grupos de apoio</p> <p>Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais, executar treino de assertividade</p> <p>Gerir o ambiente físico</p> <p>Gerir o humor</p> <p>Prevenir o suicídio</p> <p>Promover a capacidade de recuperação - Promover a esperança</p> <p>Promover a gestão da culpa e da raiva</p> <p>Promover comportamento adequado: auto-agressão e deficit de atenção</p> <p>Promover comportamento sexual adequado</p> <p>Promover esclarecimento de valores</p> <p>Promover o coping eficaz</p> <p>Proteger contra o abuso de substâncias e tratar a abstinência do álcool e/ou drogas</p> <p>Tratar o uso ou sobredosagem de substâncias - Administrar medicação</p>

<b>DISTURBIO DA PERSONALIDADE – ANTI-SOCIAL</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Risco de violência dirigida a outrem</b>	Linguagem corporal com punhos cerrados, expressão facial, postura rígida, atitude indicando esforço para controlar impulsos, actos abertamente agressivos (destruição direccionada a objectos do ambiente), ameaças hostis verbais, atitudes de abuso dos outros, aumento da actividade motora, cadência de movimentos, excitação, irritabilidade, agitação, posse de meios de destruição (arma, faca, pistola), ideação paranóide, suspeição dos outros, abuso de substâncias, raiva, incapacidade de verbalizar sentimentos, comportamento provocador (argumentativo, desafiante, exagerado, hipersensível), auto-estima vulnerável, história de comportamentos violentos
<b>Auto estima, diminuída</b>	Não participação na terapia, dificuldade em dar continuidade às acções iniciadas, negação de problemas, comportamento agressivo, usos frequentes de críticas e posturas negativas relativamente aos outros, manipulação de elementos profissionais com o intuito de gerar conflito e com isso obter ganhos, incapacidade em estabelecer relações coesas, incapacidade de interacção social, desvalorização do outro na tentativa de valorização pessoal
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
<p>Apoiar a tomada de decisão</p> <p>Assistir ao cuidador</p> <p>Facilitar sistema de suporte ao doente</p> <p>Assistir em situação de crise (intervenção na crise)</p> <p>Aumentar a auto-estima e a segurança</p> <p>Diminuir a ansiedade - Orientar antecipadamente</p> <p>Executar técnica de relação de ajuda e a relação complexa</p> <p>Executar terapia de grupo, terapia socio-recreativa</p> <p>Gerir o ambiente físico</p>	<p>Gerir o humor</p> <p>Prevenir o uso de substâncias e proteger contra o abuso</p> <p>Promover a gestão da raiva</p> <p>Promover esclarecimento de valores</p> <p>Promover grupo de apoio</p> <p>Promover o coping eficaz</p> <p>Promover o desempenho de papel</p> <p>Tratar abstinência de álcool e/ou droga - Administrar medicação</p>

<b>DISTURBIO DA PERSONALIDADE BODERLINE</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Risco de Agressão</b>	Actos de auto-mutilação física tais como: cortes, queimaduras, overdose de substâncias psico-activas, aumento da actividade física, excitação, irritabilidade, agitação, incapacidade de controlo de raiva, aumento crescente de ansiedade, depressão (especialmente actos activos de agressão e suicídio), comportamento provocador (argumentativo, hipersensível, desafiante, exagerado), história de tentativas de suicídio, incapacidade de verbalizar sentimentos
<b>Percepção, alterado</b>	Uso de dissociação primitiva nas interações com os outros (vê os outros como totalmente bons ou totalmente maus), excessivo uso de projecções (atribuindo aos outros os seus próprios sentimentos e pensamentos), possibilidade de sintomatologia psicótica como resposta a stress elevado (pensamento desorganizado, confusão, alteração do padrão de comunicação, desorientação, má interpretação do ambiente envolvente), despersonalização (sentimentos de irrealidade), desrealização (sensação que tudo à sua volta é irreal), falta de identidade pessoal, actos de automutilação num esforço de encontrar alívio para estes sentimentos de irrealidade
<b>Identidade pessoal, perturbado</b>	Excessivo uso de projecções, incertezas relativamente ao género, incertezas relativamente a objectivos a longo prazo ou escolhas de carreira, sistemas de valores ambíguo, auto-imagem vaga, incapacidade em estar sozinho, sentimentos de despersonalização e irrealização, automutilação (cortes e queimaduras), para validar a existência do eu.
<b>Auto estima, diminuída</b>	Dificuldade em aceitar reforço positivo, não participação na terapia, comportamento autodestrutivo, falta de contacto olhos nos olhos, utilização frequente de frases, posturas críticas, relativas a si próprio, manipulação de profissionais no intuito de geral conflito pretendendo obter daí benefícios, incapacidade de estabelecer relações pessoais próximas, incapacidade em estar sozinho, desvalorização do outro na expectativa de obter sentimentos de valorização pessoal
<b>Interação social, comprometido</b>	Alternância de comportamentos de vinculação e de distanciamento; incapacidade de estabelecer relações íntimas gratificantes com outra pessoa; uso observável de comportamentos ineficazes de interacção social

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Apoiar a família	Executar treino de assertividade
Apoiar a tomada de decisão - Determinar metas com a pessoa	Gerir o humor
Assistir a pessoa no auto-cuidado	Prevenir o suicídio
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Promover a auto-responsabilização e a capacidade de recuperação
Assistir na melhoria da comunicação	Promover a gestão da culpa e da raiva
Aumentar a auto-estima e a auto-percepção	Promover a honestidade
Monitorizar a segurança do doente	Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais
Controlar ideias delirantes e o delírio	Promover comportamento adequado: deficit de atenção
Gerir as alucinações	Promover esclarecimento de valores
Diminuir a ansiedade - Proporcionar apoio emocional	Promover grupo de apoio
Executar técnica de relação de ajuda - disponibilizar presença, escutar activamente	Promover o controlo do comportamento
Ensinar o indivíduo	Promover o coping e Assistir na melhoria da comunicação
Executar estimulação cognitiva	Promover o coping eficaz
Executar terapia de grupo	Promover o sono
Executar terapia de orientação para a realidade	Tratar abstinência de álcool e/ou tratar abstinência de droga
Executar terapia por reminiscências	Tratar o uso ou sobredosagem de substâncias Administrar medicação
Executar toque	

### DISTURBIOS PSICÓTICOS

FOCO	SINTOMATOLOGIA
------	----------------

<b>Risco de Agressão</b>	Punhos e maxilares cerrados, postura corporal rígida, inquietação, actos que denotam agressividade, objectivo de destruição de objectos do meio, comportamentos autodestrutivos e ou activos, actos de agressividade suicida, hostilidade, verbalização de ameaças, atitudes de abuso aos outros, aumento de actividade motora, excitação, irritabilidade, agitação, percepção do ambiente como ameaça, recepção visual ou auditiva de sugestões de natureza ameaçadora
--------------------------	---

<b>DISTURBIOS PSICÓTICOS (CONTINUAÇÃO)</b>	
<b>FOCO</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
<b>Alucinação, presente</b>	Falar e rir para si mesmo, atitude de escuta (inclina a cabeça para um lado como se estivesse a ouvir), deixa de falar no meio de uma frase para escutar, desorientação, concentração pobre, oscilação de humor rápidas, desordem da sequência de pensamento, respostas inapropriadas
<b>Comunicação, comprometida</b>	Perda de associação de ideias, uso de palavras que são simbólicas para o indivíduo (neologismos), uso de palavras sem associação e sem sentido entre elas (salada de palavras), uso de palavras que rimam mas sem sentido, repetição de palavras que são ouvidas (ecolália), verbalização que reflecte pensamento concreto (incapacidade de pensar em termos abstractos), dificuldade em olhar o outro nos olhos (sem contacto olhos nos olhos ou continuamente olha para outros lados)
<b>Coping, não eficaz</b>	Desconfiança dos outros, alteração na participação social, incapacidade em satisfazer necessidades básicas, baixa auto-estima, uso de mecanismos de defesa inapropriados
<b>Sono, alterado</b>	Dificuldade em adormecer, acordar muito cedo de manhã, sensação de cansaço ao acordar, insónia, outros sinais de aumento de irritabilidade devido à falta de dormir
<b>Interação social, comprometido</b>	Isolamento, mutismo, triste, expressão desmotivada, permanece deitado de costas para a porta em posição fetal, interesses inapropriados ou imaturos bem como actividades para o seu estadio de desenvolvimento e idade, preocupação com os seus próprios pensamentos, acções repetitivas e sem sentido, aproxima-se dos técnicos para interação e recusando-se posteriormente a responder às interpelações dos técnicos
<b>Pensamento alterado</b>	Pensamento delirante (ideias falsas), incapacidade em se concentrar, hipervigilância, alteração de capacidade de atenção / distractibilidade, má interpretação da realidade, comandos, obsessões, capacidade de tomar decisões comprometida (resolução de problemas, razão, cálculo, conceptualizações ou abstracções), comportamento social inapropriado
<b>Risco de tentativa de suicídio</b>	(ver quadro da depressão)

## **DISTURBIOS PSICÓTICOS (CONTINUAÇÃO)**

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Apoiar a família - assistir ao cuidador	Executar toque
Apoiar a tomada de decisão	Executar treino de assertividade
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)	Gerir a medicação
Facilitar sistema de suporte ao doente	Gerir o ambiente físico: segurança
Assistir na gestão da dor	Gerir o humor
Aumentar a auto-estima e a auto-percepção	Prevenir o suicídio
Aumentar a segurança	Prevenir o uso de substâncias
Aumentar a socialização	Promover a capacidade de recuperação e desempenho de papel
Controlar o delírio e gerir as alucinações	Promover a gestão da raiva e a honestidade
Estabelecer limites à pessoa - Orientar antecipadamente	Promover a mudança de comportamento: aptidões sociais
Diminuir a ansiedade	Promover comportamento adequado: deficit de atenção
Executar técnica de relação de ajuda - disponibilizar presença, escutar activamente	Promover comportamento sexual adequado
Ensinar o indivíduo	Promover esclarecimento de valores
Executar aconselhamento nutricional	Promover grupo de apoio - proporcionar apoio emocional
Executar reestruturação cognitiva	Promover o coping eficaz
Executar terapia de grupo e terapia familiar	Promover o sono
Executar terapia de orientação para a realidade	Tratar abstinência de álcool e/ou droga
Executar terapia por reminiscências	Tratar o uso e a sobredosagem de substâncias – administrar medicação

