



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por **Paulo Alexandre Narciso Cerqueira**

Porto, Março de 2010



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por **Paulo Alexandre Narciso Cerqueira**

Sob orientação da **Professora Regina Teixeira de Sousa**

Porto, Março de 2010

*“Um grande Homem não é aquele que tem sempre sucesso, mas aquele que
nunca desiste”*

J. L.. Martin

*Dedico este trabalho ao meu pai, pela
luta heróica q travou ao longo da vida
terrena e pelo exemplo de humanidade
que deixou para sempre na minha
memória.*

AGRADECIMENTOS

.....

Aos **meus pais** que me deram muito daquilo que hoje sou.

À **minha família** que muito me ajudou durante toda esta etapa.

À **Professora Regina Sousa** pela orientação e paciência.

À **Enf.^a Lígia** pela companhia em todo este caminho.

Ao **Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar do Porto**, nas pessoas do Enf. José Carlos Baltazar e Enf.^a Florbela, na qualidade de enfermeiros orientadores, pela partilha de experiências e enriquecimento pessoal de grande valia técnico-científica.

Ao **Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga**, nas pessoas da Enf.^a Alice e Enf.^a Raquel, na qualidade de enfermeiras orientadoras, pelo empenho e dedicação.

À **Casa de Saúde do Bom Jesus**, nas pessoas das Irmãs H.S.C. de Jesus, Enf. Paula Palmeira e Enf. Ana Rita Parra, por aceitarem a nossa presença de "braços abertos" e pela orientação e apoio que nos deram.

Aos meus verdadeiros **amigos**.

A todos os que com as suas críticas, sugestões e orientações me permitiram enriquecer todo o percurso descrito neste documento e contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Por último, e certamente o mais importante, a todos os **portadores de doença mental**, pois merecem todo o apreço e afeição, e ainda às suas famílias que enquanto cuidadores informais realizam um trabalho de uma importância inigualável.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

SIGLAS

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CASA – Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem

CE – Conselho de Enfermagem

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus

DPSMIA – Departamento de Psiquiatria e Saúde mental na Infância e Adolescência

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

HB – Hospital de Braga

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiras

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento para o Exercício da Prática de Enfermagem

SM – Saúde Mental

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

UAU – Unidade de Atendimento Urgente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UPRO – Unidade de Vida Protegida

UVAP – Unidade de Vida Apoiada

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido com a intenção de satisfazer um dos últimos requisitos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), permitindo a obtenção da pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP) e após discussão pública, do Mestrado em Enfermagem.

Este estágio encontra-se dividido em três módulos, nos quais se procurou atingir os objectivos estabelecidos pela instituição de ensino e os objectivos individuais planificados no projecto de estágio, que se desenrolou nas seguintes instituições: Centro Hospitalar do Porto (CHP) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental na Infância e Adolescência (DPSMIA), no Hospital de Braga (HB) Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Unidade de Homens, e na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) – Unidade de Reabilitação. Nestes locais pretende-se desenvolver um estágio, no qual a prestação de cuidados foi sistematizada por um fio condutor assente na assistência na saúde mental ao longo do ciclo vital como forma de promover o equilíbrio social.

Em conclusão, neste trabalho apresenta-se a descrição e reflexão das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas; descrevem-se as aprendizagens científicas, técnicas e relacionais, adquiridas ou desenvolvidas durante a prática clínica, através da apreciação das actividades que responderam aos objectivos, traduzindo-se na aquisição de competências da área da ESMP.

ABSTRACT

This report was developed with the intention of measure up one of the last requirements for the Master with Specialization in Mental Health Nursing and Psychiatry (MESMP) from Portuguese Catholic University (UCP), allowing to obtain post-graduate specialization in Mental Health Nursing and Psychiatry (ESMP) and after public discussion of the Master in Nursing.

This stage is divided into three modules, in which we tried to found the objectives set by the school and individual targets planned in the draft stage, which took place in the following institutions: University of Porto (CHP) Department of Psychiatry and Mental Health in Childhood and Adolescence (DPSMIA), Hospital de Braga (HB) Service of Psychiatry and Mental Health Unit - men and Health in the House of Bom Jesus (CSBJ) - Rehabilitation Unit. In these places we intend to develop a stage, in which the care was systematized by a thread based on the mental health care throughout the life cycle as a means of promoting social harmony.

In conclusion, this report presents a description and discussion of activities and skills acquired; the learning of scientific, technical, relational, acquired or developed during clinical practice, by assessing the activities who responded to the objectives, resulting in the acquisition of skills in the area of the ESMP.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. DA DETECÇÃO DAS NECESSIDADES À DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ACÇÃO.....	14
1.1. DA ESCOLHA DO FIO CONDUTOR À DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS.....	15
1.2. SELECÇÃO E DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ACTUAÇÃO.....	17
2. DO PLANEAMENTO À EXECUÇÃO.....	22
2.1. DO OBJECTIVO À ACTIVIDADE	23
2.1.1. OBJECTIVOS E ACTIVIDADES COMUNS AOS TRÊS MÓDULOS.....	24
2.1.2. OBJECTIVOS E ACTIVIDADES ESPECÍFICOS PARA CADA MÓDULO.....	35
3. DA PRÁTICA ÀS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	51
3.1. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	55
4. SUGESTÕES PARA FUTURAS INTERVENÇÕES.....	61
CONCLUSÕES.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

ANEXO III – CARACTERIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

ANEXO IV – DINÂMICAS DE GRUPO

ANEXO V – OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE TREINO PARA A GESTÃO DA MEDICAÇÃO

ANEXO VI – PROGRAMA DE TREINO PARA A GESTÃO DA MEDICAÇÃO

ANEXO VII – ACTIVIDADE PSICOTERAPÊUTICA – MANDALAS

ANEXO VIII – TERTÚLIA – VALORIZAÇÃO PESSOAL

ANEXO IX – PANFLETO – SINAIS DE ALERTA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

ANEXO X – SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

ANEXO XI – ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ANEXO XII – PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM – PEDOPSIQUIATRIA

ANEXO XIII – PROCEDIMENTO PARA A TERAPIA DA "IMAGEM CORPORAL"

ANEXO XIV – TERAPIAS DE RELAXAMENTO

ANEXO XV – PANFLETO "ALCOOLISMO – COMO PREVENIR A RECAÍDA"

ANEXO XVI – GRUPOS TERAPÊUTICOS

INTRODUÇÃO

.....

O presente documento foi elaborado no âmbito do II Curso de MESMP, da Universidade Católica Portuguesa – Porto, enquadrando-se na Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que foi realizado no período entre 20 de Abril de 2009 e 30 de Janeiro de 2010. Servindo para descrever a forma como se desenvolveu o estágio.

O Guia de Estágio do MESMP da UCP apresenta os objectivos estipulados no plano de estudos do curso, visando permitir aos alunos desenvolverem competências científicas, técnicas e humanas para prestarem, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nesta área clínica. De modo a facilitar o processo de ensino-aprendizagem e a aquisição de conhecimentos, o estágio deste Mestrado compreendeu três módulos, cada um dos quais com 180 h de prática em contexto clínico:

Módulo I – Intervenção a nível de promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção na comunidade e centro de saúde, realizado no Serviço de Reabilitação da CSBJ. A escolha deste campo de estágio prende-se com o facto de permitir uma intervenção nos processos de reabilitação e autonomização de utentes do foro mental em processo de desenvolvimento de competências para a inserção em contexto comunitário, ou mesmo no acompanhamento de utentes já inseridos na comunidade.

Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidade de intervenção na crise do adulto, realizado na Unidade de Homens do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga. Seleccionado por ser uma instituição que acolhe pessoas do género masculino portadoras de doença mental em fase aguda, sendo ainda a unidade de referência para a prestação de cuidados na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do distrito de Braga. Pessoalmente permitiu diversificar a experiência profissional, aumentando as competências na intervenção perante indivíduos do género masculino, uma vez que no âmbito desta actividade profissional apenas se contacta com elementos do género feminino.

Módulo III - Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria, no qual se pode optar pelo desenvolvimento de competências numa área de intervenção em função do projecto profissional. Optou-se por realizá-lo no DPSMIA do CHP, uma vez que este constitui a unidade de referência na região norte do país a prestar cuidados, nesta área. Desta forma pretendia-se adquirir competências em todas as etapas do ciclo vital do indivíduo de forma a poder contribuir para o seu equilíbrio social.

A inserção deste estágio no âmbito do MESMP revelou-se de extrema importância uma vez que permitiu aplicar os conhecimentos quer de cariz teórico quer teórico/prático, adquiridos nas unidades curriculares, no contexto da prática clínica, facilitando, desta forma, o desenvolvimento de competências de enfermagem específicas da ESMP, aos diferentes níveis do saber. Foi deste modo, de encontro ao preconizado pela UCP, que institui que a formação teórica ministrada deve ser complementada com formação prática, contribuindo, desta forma, para a efectivação da aprendizagem, na medida em que se pretendem desenvolver competências ao nível do grau de mestre na área de especialização em ESMP.

O trabalho apresentado demonstra uma série de intervenções, aprendizagens e experiências vividas ao longo do estágio, que permitiram o desenvolvimento pessoal e profissional de um conjunto de competências, que enquanto enfermeiro, permitem prestar cuidados à pessoa, tendo em conta as dimensões bio-psico-socio-cultural e espiritual, envolvendo a família e a comunidade em que está inserida, tendo em consideração os princípios da investigação científica e da gestão.

O principal objectivo deste relatório consiste em apresentar a fundamentação, implementação e avaliação dos objectivos, apresentar as actividades desenvolvidas e descrever as competências adquiridas no âmbito da prática clínica. Pretende-se demonstrar a forma como os conhecimentos foram adquiridos, procurando a sua exposição de forma clara, facilitando a compreensão e transmissão das competências adquiridas nos diferentes contextos da intervenção do Enfermeiro Especialista, aproveitando o contexto de trabalho em equipa multidisciplinar para a aquisição de competências na área da ESMP no sentido de desenvolver um trabalho estruturado,

sistematizado e fundamentado cientificamente de extrema importância para o futuro desempenho de funções enquanto Enfermeiro Especialista em ESMP.

O presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos: Da Detecção das Necessidades à Delimitação do Campo de Acção, Do Planeamento à Execução e Da Prática às Competências Adquiridas.

No primeiro capítulo identificam-se as necessidades de intervenção, desenha-se o fio condutor que servirá de guia ao longo deste percurso, selecciona-se, delimita-se e caracteriza-se o campo de actuação. Sendo que no segundo capítulo se apresentam os objectivos transversais aos três módulos de estágio e os objectivos específicos de cada um, descrevendo as actividades desenvolvidas para os alcançar. No terceiro capítulo elabora-se a reflexão sobre a contextualização das competências de enfermagem, procurando descrever as competências atingidas. Em seguida apresentam-se as conclusões finais deste relatório. Termina-se este trabalho com algumas sugestões que poderão ajudar as instituições de saúde a melhorar os cuidados fornecidos aos utentes do foro mental, referindo ainda linhas orientadoras para futuras intervenções no âmbito do MESMP.

Este trabalho apresenta ainda anexos com todos os documentos de apoio desenvolvidos durante o estágio, que se considera serem necessários para a compreensão do desenvolvimento deste documento.

No decorrer da elaboração deste documento, foi utilizada a metodologia descritiva com recurso: à pesquisa bibliográfica, à matéria abordada nas aulas do curso, e às orientações fornecidas e conhecimentos adquiridos durante o desempenho da actividade profissional. Através da análise crítico-reflexiva foi possível identificar as virtudes e os limites, implicados neste processo de ensino/aprendizagem, favorecendo a evolução pessoal e profissional, uma vez que o pensamento crítico permite reformular a actuação, de forma a ir ao encontro da melhoria do processo de aprendizagem.

Para a estruturação escrita do documento, o autor adoptou a metodologia de Harvard para citar e referenciar por ser aquela com o qual se encontra mais familiarizado.

1. DA DETECÇÃO DAS NECESSIDADES À DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ACCÇÃO

Preste atenção, procure pistas, decifre os seus significados, e, finalmente a verdade revelar-se-á. (...) Afinal de contas, a vida é o derradeiro mistério.

Chopra, 2003

Com o intuito de realizar o estágio inserido no MESMP, revelou-se pertinente identificar as necessidades e realizar uma planificação precoce das intervenções a executar ao longo dos três módulos que o constituem. Esta planificação visa facilitar o processo de desenvolvimento de competências teóricas e práticas e consequentemente o aprofundamento dos conhecimentos.

Com o intuito de satisfazer esta necessidade, tornou-se importante a elaboração de um projecto que permitisse orientar o desenvolvimento de competências em enfermagem, assentes na detecção de necessidades, definição de objectivos, planeamento de estratégias de intervenção no contexto da ESMP, promovendo os domínios relacional, técnico científico e crítico-reflexivo, assumindo desta forma o papel de "guia" para o desempenho, na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados em SMP.

Nos próximos subtítulos incluímos uma justificação das opções que deram origem ao fio condutor, caracterizamos os diferentes campos de estágio e delimitámos o campo de actuação.

1.1. DA ESCOLHA DO FIO CONDUTOR À DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Em toda a obra de criação há um fio condutor, nem sempre facilmente discernível, que lhe dá unidade – um fio discreto ou evidente, da maior importância, pois é um dos sinais da sua autenticidade

Eugénio de Andrade

Com o intuito de seguir uma linha orientadora que guiasse todo este percurso, sentiu-se necessidade de elaborar e fundamentar a escolha do fio condutor.

A ESMP tem uma história longa e rica, evoluindo desde as competências mais rudimentares, anteriores a Florence Nightingale, até à enfermagem especializada que actualmente conhecemos (Neeb, 2000, p.10). O mesmo autor, considera a saúde mental como a capacidade de trabalhar, amar e resolver os conflitos simultaneamente, definindo a doença mental como uma perturbação da homeostase emocional.

A American Nurses Association em 1994 definiu a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria como uma área especializada da prática de enfermagem que emprega teorias do comportamento humano como sua ciência e o propositado uso do eu como sua arte. Consiste no diagnóstico e tratamento das respostas humanas às alterações mentais, reais ou potenciais, e dos seus efeitos de longa duração. As intervenções incluem os cuidados contínuos e amplos dos serviços primários de saúde, necessários na promoção de um estado óptimo de saúde, na prevenção da doença mental, na reabilitação de perturbações mentais e na manutenção da saúde.

Tendo por base os conceitos anteriormente enunciados e o facto da OE no seu local de presença na Internet, apresentar o documento intitulado “A reforma da saúde mental” onde é preconizado que a enfermagem enquanto ciência tome por objecto o estudo das

respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida, centrando os cuidados de Enfermagem na promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue ao longo de todo o ciclo vital. É definido como fio condutor para todos os estágios, **a assistência na saúde mental da pessoa ao longo do ciclo vital como forma de promover o equilíbrio social**. Desde já salienta-se, que com este fio condutor pretende-se realizar um conjunto de intervenções comuns à saúde mental em todas as áreas, aprofundando a especificidade de cada área de intervenção, à medida que esta se proporcionar, de forma a dar um maior contributo para a melhoria da continuidade dos cuidados.

Enquanto enfermeiro, com experiência na área de ESMP, constatei que o equilíbrio e a promoção da SM devem ser realizados ao longo de todo o ciclo vital, pois só desta forma é possível promover o equilíbrio social e o bem-estar das populações em geral, com consequentes ganhos em saúde.

Se considerarmos que, provocar alterações num único elemento do conjunto implica uma repercussão num ou nos vários elementos, ou seja, na família e na comunidade, acresce a importância de incluir a família e cuidadores como foco de atenção e participação activa nos cuidados.

Desta forma justifica-se uma intervenção de enfermagem tendo como alvo a competência social da pessoa, incluindo todos aqueles comportamentos que no estabelecimento da comunicação interpessoal e a expressão de emoções e necessidades afectam os processos de equilíbrio entre a pessoa e o meio social. Actuando desta forma ao nível da prevenção em Psiquiatria, que segundo Santos (2000, p.91) (...) *compreende diferentes níveis – a prevenção primária, secundária, e terciária – constituindo um contínuo de cuidados que visam a promoção da saúde*.

No seguimento desta perspectiva, ao longo da realização dos diferentes estágios procurou-se intervir na rede social, destinada a prestar cuidados formais e informais, ao doente mental, promovendo a articulação entre os cuidados de saúde diferenciados, cuidados de saúde primários, recursos da comunidade, família e indivíduo.

1.2. SELECÇÃO E DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ACTUAÇÃO

.....

Desde muito pequenos, recebemos uma educação tão marcada pela necessidade de definição que custa muito ser livre. Desgraçadamente, parece que esta sociedade necessita de delimitar.

Tudo o que não se pode delimitar cria conflito, porque dá medo.

Alicia Galloti

No processo de selecção dos campos de estágio foram considerados os objectivos preconizados pela UCP para este momento de aprendizagem bem como os nossos objectivos pessoais. Neste sentido revelou-se pertinente que durante este processo fosse seleccionada uma população alvo que possuísse um conjunto de necessidades sobre as quais a nossa intervenção permitisse atingir os objectivos projectados com o consequente desenvolvimento de competências na área da ESMP.

O estágio de ESMP foi desenvolvido em três módulos de intervenção:

O Módulo I – Intervenção a nível de promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção na comunidade e centro de saúde, realizado na Casa de Saúde do Bom Jesus, Projecto CASA – Serviço de Reabilitação.

O Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos, realizado no Departamento de Saúde Mental do Hospital de Braga, unidade de Homens.

O Módulo III – Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP), no qual se optou por desenvolver competências na área da Pedopsiquiatria, pelo que, foi realizado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital Maria Pia.

Uma vez que se sentiram necessidades de adquirir competências ao nível da pedopsiquiatria e da intervenção na crise de adultos antes de partir para a intervenção no âmbito comunitário, e uma vez que os módulos apresentados não obrigam à precedência entre si, optou-se pela sua realização na seguinte ordem: Módulo III, Módulo II e Módulo I. Esta ordem permitiu adquirir e consolidar conhecimentos para posteriormente aplicar e implementar projectos na comunidade de uma forma mais autónoma.

Para esta decisão contribuiu o facto de no contexto comunitário existirem poucos profissionais de enfermagem especializados em SMP, o que se reflecte numa grande carência da comunidade em cuidados na área da SMP.

Em seguida apresenta-se uma breve caracterização dos locais dos diferentes módulos de estágio para melhor contextualização da sua opção e compreensão deste trajecto profissional.

MODULO I: SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

O presente módulo de estágio foi realizado no Serviço de Reabilitação¹ da CSBJ, que engloba o projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), sendo este serviço composto por uma Unidade de Vida Protegida (UPRO) e 3 unidades de Unidades de Vida Apoiada (UVAP).

O projecto CASA é uma iniciativa que pretende potenciar a vida autónoma de pessoas portadoras de doença mental e ambiciona precisamente uma mudança (apoiada) de contexto social. As utentes que ingressam nesta iniciativa são utentes que transitam das unidades de médio e longo internamento da CSBJ, que apresentam mais frequentemente o diagnóstico clínico de psicose esquizofrénica, em fase estabilizada, cuja capacidade mental após o desenvolvimento de diversas capacidades sociais e instrumentais permite, contudo, perspectivar uma reinserção socioprofissional.

¹ Anexo I – Caracterização do Serviço de Reabilitação

A UPRO, residência intermédia de treino, tem como objectivo preparar as utentes para uma vida mais autónoma, habilitando as utentes, para regressarem às suas casas familiares ou transitarem para apartamentos terapêuticos. Esta unidade está sediada dentro do espaço físico que engloba a instituição CSBJ.

A UVAP é uma estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica, mas com boa capacidade autónoma, favorecendo a sua integração em áreas de trabalho protegido, ou no mundo laboral normal. Os três apartamentos que constituem esta unidade do Serviço de Reabilitação da CSBJ localizam-se na comunidade.

As utentes inseridas nestas unidades são acompanhadas diariamente por uma equipa multidisciplinar que é composta por Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes sociais, Monitoras, Professor de Educação Física, Médico Psiquiatra e Clínico Geral, que direccionam todos os conhecimentos técnicos e recursos existentes no sentido de promover todo o processo de reabilitação e reinserção social.

A maioria das utentes inseridas nestas unidades de treino desempenham um vasto leque de actividades que lhes permite aumentar as suas competências, estando constantemente em contacto com a comunidade inserindo-se no estilo de vida da mesma.

MODULO II: SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL – HOSPITAL DE BRAGA

O serviço de Psiquiatria e Saúde Mental² do HB, unidade de homens, destina-se ao internamento de curta duração de doentes do sexo masculino, com idade superior a 18 anos e com patologia do foro psiquiátrico, em fase aguda, para o restabelecimento do equilíbrio psíquico e da prevenção terciária dirigida à reabilitação, inserção social e redução das consequências da doença.

Os utentes do género masculino são internados neste serviço através da consulta externa ou do serviço de urgência e, no decorrer do internamento são acompanhados por uma

² Anexo II – Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social e auxiliares de acção médica.

A estes serviços recorrem doentes com patologias diversificadas sendo mais frequentes: alcoolismo, depressões, psicoses, neuroses e alterações de comportamento. A duração média do internamento depende da patologia e da capacidade do utente em restabelecer o seu equilíbrio

Os principais focos para a prática de enfermagem referidos pelos enfermeiros e por nós observados foram: uso de substâncias, ansiedade, pensamento comprometido, resposta psicológica anormal, processo familiar comprometido, atitude face à gestão da medicação, *cooping* diminuído, comportamento compulsivo, comportamento auto-destrutivo, padrão de sono comprometido e memória diminuída

MODULO III: DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

O DPSMIA do Centro Hospitalar do Porto³ constitui um centro de referência, funcionando como estrutura de apoio a diversos Serviços e Unidades de Pedopsiquiatria integrados nos Hospitais Distritais do Norte, nomeadamente através da sua Unidade de Atendimento Urgente (UAU) e do Internamento, onde são atendidas as situações agudas ou mais complexas do Norte do País.

Este departamento encontra-se dividido em **três áreas distintas**: o **Serviço Infantil** destinado a crianças até aos 12 anos e que apresenta como principais valências a Consulta da Primeira Infância e Hospital de Dia, as **Consultas Externas** onde se realiza o acompanhamento em ambulatório, de forma a evitar o afastamento do meio no qual a criança se insere e o **Serviço Juvenil** destinado ao internamento de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos.

³ Anexo III – Caracterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental na Infância e Adolescência

As crianças da primeira infância com perturbações são encaminhadas para o Hospital de Dia através da consulta da primeira infância, das consultas externas ou da UAU.

No serviço infantil, o acompanhamento técnico é realizado por uma Enfermeira Especialista em ESMP, uma terapeuta ocupacional, uma educadora de ensino especial, uma auxiliar, uma assistente social e uma pedopsiquiatra.

A consulta da primeira infância (dos 0 aos 3 anos de idade), está indicada no caso de bebés difíceis, com choro frequente, inconsoláveis; no caso de crianças/bebés com alterações do sono tais como acordar várias vezes durante a noite e com dificuldades em adormecer; crianças/bebés com dificuldades alimentares, ou seja, com recusa alimentar, selecção ou bizzarrias alimentares, vómitos sem causa orgânica, eructações frequentes; crianças com alterações do comportamento, isto é, birras frequentes, auto-agressão e hetero-agressão, preferência por objectos duros e frios, isolamento, evitamento do olhar, olhar ausente, fuga ao contacto físico, oposição frequente, entre outros; crianças com dificuldades na linguagem, como o atraso na linguagem, ausência de linguagem, repetições de palavras ou frases (ecolália), dificuldades articulares e recusa em falar.

Após a avaliação pelos diferentes técnicos da equipa multidisciplinar é efectuado o devido encaminhamento de cada caso, incluindo o seguimento em Hospital de dia ou em consulta externa.

No internamento Juvenil os adolescentes são internados, através da consulta externa ou da urgência. Durante o período de internamento são acompanhados por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros (2 especialistas), médicos pedopsiquiatras, psicólogos, assistente social e auxiliares de acção médica.

Os principais motivos de internamento são as perturbações do comportamento alimentar com predomínio da anorexia nervosa, perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações da ansiedade, tentativas de suicídio, dificuldades de adaptação, podendo estes adolescentes apresentar idades diversificadas.

2. DO PLANEAMENTO À EXECUÇÃO

“Se os teus projectos forem para um ano, semeia o grão. Se forem para dez anos, planta uma árvore. Se forem para cem anos, educa o povo.”
(Provérbio chinês)

Tal como se pode observar no capítulo anterior, o planeamento procura encontrar a melhor via para permitir a resolução dos problemas através da optimização dos recursos e das qualidades técnico-científicas das acções produzidas.

O facto é que, em qualquer sistema de saúde, não se pode conceber o planeamento da acção, sem antes considerar as premissas do planeamento educativo em cada uma das suas vertentes. Se isso ocorrer, a prática subsequente será equivocada e, portanto, ilógica no que diz respeito às necessidades da população – alvo que se pretende alcançar. (Candeias, 1984)

Quando se elabora um planeamento eficaz, consegue-se incorporar todo o conhecimento já produzido e operado na área a intervir, optimizando e melhorando a intervenção em saúde. Assim sendo, a forma como se desenrola todo o processo de planeamento, influencia o desenrolar de todo o processo executório.

Nos próximos capítulos será exposta a forma como foram executadas as actividades que permitiram atingir os objectivos que emergiram durante o processo de planeamento da intervenção sobre as necessidades detectadas.

2.1. DO OBJECTIVO À ACTIVIDADE

.....

Deixe que as suas acções falem por si, mas mantenha-se atento face às terríveis armadilhas do orgulho e da arrogância que o impedem de progredir.

Og Mandino

Nesta parte do presente documento são descritos os objectivos, as actividades e as estratégias, previamente elaboradas no início do estágio e posteriormente implementadas nos diferentes contextos no decorrer dos três módulos.

Estes objectivos não eram rígidos uma vez que durante a realização do estágio poderiam ocorrer alterações significativas que levassem a uma desadequação da sua realização. Esta situação verificou-se devido a uma alteração do local de estágio e consequentemente das necessidades da população alvo, pelo que os objectivos específicos para o Módulo I foram reformulados.

Este dinamismo durante o processo de aprendizagem permitiu reestruturar os planos iniciais, possibilitando uma maior absorção de informação e responder de forma mais adequada aos novos desafios.

Em seguida serão apresentados dois sub-temas. No primeiro será efectuada uma abordagem aos objectivos transversais aos três módulos de estágio e no segundo, os objectivos específicos de cada módulo. Para cada objectivo será apresentada uma justificação da necessidade de intervenção, as actividades desenvolvidas, e a avaliação dos resultados e do processo.

2.1.1. OBJECTIVOS E ACTIVIDADES COMUNS AOS TRÊS MÓDULOS

"O objectivo está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas."

Lakatos e Marconi, 2003, p.219

Independentemente do campo de estágio, a natureza da intervenção em Enfermagem é dotada de um conjunto de características comuns a todas as áreas de intervenção, o que nos permite definir objectivos e estratégias comuns a todos os módulos.

OBJECTIVO Nº 1: CONHECER A DINÂMICA ORGANIZACIONAL, FUNCIONAL E ESTRUTURAL DAS UNIDADES

Fundamentação: A compreensão da dinâmica organizacional e estrutural da instituição permite compreender e interpretar as características organizacionais das instituições, facilitando os processos de comunicação entre os diferentes membros da equipa, aumentando consequentemente os níveis de produtividade individual e colectiva.

Actividades: De forma a atingirmos este objectivo desenvolveu-se um conjunto de actividades que a seguir se descrevem: Visita às instalações; Realização de reuniões com os Enf.º Chefe; Realização de entrevistas informais com os enfermeiros tutores do estágio; Consulta de documentos existentes, tais como normas, protocolos, legislação, regulamentação interna, fluxograma e organograma, panfletos, modelos e impressos em vigor; Tomamos também conhecimento de projectos/programas em desenvolvimento.

Avaliação do resultado: Ao longo dos três módulos de estágio, os processos de integração desenrolaram-se de forma organizada e construtiva. Este facto permitiu sentir o à-vontade necessário para adquirir conhecimentos. Estes por sua vez possibilitaram a aquisição de capacidades, para que, com o passar do tempo, fosse possível a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da SMP, ao longo das diferentes etapas do ciclo vital com o intuito de manter o equilíbrio social.

Considera-se que ao longo das primeiras duas semanas de cada módulo, foi possível a integração nas diferentes equipas de enfermagem, bem como entender o funcionamento e dinâmica dos serviços.

Avaliação do Processo: A realização do processo de integração facilitou a optimização de todo o meio envolvente, aumentando consequentemente os níveis de produtividade e facilitando as práticas inerentes aos restantes objectivos planeados.

OBJECTIVO Nº 2: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO, GESTÃO E SUPERVISÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS NA ÁREA DA SMP.

Fundamentação: A inclusão deste objectivo no projecto, deve-se ao facto de ser necessário aprender a aplicar os conhecimentos e aperfeiçoar a capacidade de compreender e resolver os problemas em situações novas, complexas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de especialização em ESMP.

Neste âmbito, procurou-se detectar em todos os locais de estágio a necessidade da realização de intervenções que potenciassesem a qualidade dos cuidados prestados, através da intervenção aos diferentes níveis do saber da profissão.

Actividades:

Módulo III – A actividade: “Aperfeiçoamento contínuo das práticas, recorrendo ao aprofundamento dos conhecimentos adquiridos”, foi desenvolvida através do recurso ao aprofundamento dos conhecimentos adquiridos, ao longo da vida, tanto nas vivências pessoais como profissionais, através do relacionamento pessoal com elementos da equipa multidisciplinar, com os quais surgiu oportunidade de interagir, partilhando saberes de diferentes níveis. Esta partilha de saberes decorreu em momentos de conversa informal, nas passagens de turno, reuniões entre a equipa médica e a equipa de enfermagem e nas reuniões multidisciplinares.

Uma das áreas nas quais a aquisição pessoal de conhecimentos se revelou mais intensa foi na psicanálise, uma vez que, os Enfermeiros Tutores deste estágio, possuem conhecimentos bastante profundos na área. Uma vez adquiridos estes conhecimentos, foi possível compreender melhor os fenómenos relacionados com os comportamentos pessoais e as patologias.

De forma a cumprir a actividade: “Identificar e utilizar o método de trabalho instituído”, deve-se referir que, a equipa de enfermagem utiliza como metodologia o trabalho em equipa, centrado no modelo do Enf.º de referência. Este processo de identificação e a utilização da metodologia de trabalho decorreu com facilidade, uma vez que, há familiarização com a metodologia.

A actividade: “Acolhimento do utente/família de forma individualizada”, foi executada três vezes, sendo de salientar uma evolução na sua execução, por sinal muito significativa ao longo do tempo, tornando a comunicação mais adequada e com terminologia cada vez mais especializada.

A reflexão sobre as experiências vivenciadas e o confronto com os conhecimentos teóricos adquiridos foi uma constante ao longo deste estágio. Pois, procurou-se contrapor os conhecimentos adquiridos nas unidades teóricas deste Mestrado, com a sua execução prática, reconhecendo as suas virtudes e defeitos. Estes momentos de reflexão foram muitas vezes partilhados com a colega de estágio e com os Enfermeiros Tutores, o que potenciou a aprendizagem.

Módulo II – Neste módulo, pelas suas características específicas, considerou-se pertinente trabalhar de forma individualizada com alguns utentes, recorrendo à observação e à entrevista semi-dirigida, como forma de obter as informações e a empatia necessária para estabelecimento de relações de ajuda informais, com o intuito de dotar os utentes de capacidades tão diversas como a gestão de situações stressantes, a adopção de comportamentos assertivos, a adesão ao regime terapêutico e a compreensão dos fenómenos relacionados com a patologia e a possibilidade de ocorrência de descompensação ou recaída.

Neste sentido, sentiu-se necessidade de aprofundar conhecimentos, através da participação activa nas passagens de turno, recolhendo o máximo de informação possível sobre os utentes, os seus comportamentos, as suas patologias e os procedimentos terapêuticos a seguir, procurando desta forma assimilar informação sobre as metodologias terapêuticas utilizadas e a evolução do tratamento.

A participação no VII Simposium sobre Perturbações Afectivas, subordinado ao tema “Depressão – Perspectivas Futuras”, permitiu actualizar e diversificar o leque de conhecimentos adquiridos ao longo deste processo formativo. Este Simposium visou abordar diversos aspectos relacionados com a depressão, tendo sido promovida a discussão no sentido de clarificar o conceito de depressão, os sintomas, as causas, a evolução do conhecimento através das neurociências, as novas metodologias de tratamento tanto ao nível das psicoterapias como da farmacoterapia.

A participação nesta formação revelou-se um momento bastante enriquecedor e que contribuiu de forma bastante relevante para a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens no âmbito dos objectivos do mestrado e pós-especialização em ESMP.

Esta forma de actuação permitiu o desenvolvimento de intervenções estruturadas e específicas, tais como as dinâmicas de grupo⁴, realizadas com o objectivo de intervir sobre diferentes aspectos biopsicossociais do indivíduo tais como: o auto-conceito, a auto-estima, a comunicação expressiva e a interacção social, onde foi estimulada a imaginação, o raciocínio, a criatividade, a expressão de sentimentos, etc. Estas actividades revelaram-se momentos excelentes de relacionamento terapêutico com os

⁴ Anexo IV – Dinâmicas de Grupo

utentes, pois proporcionaram o contacto e a empatia, facilitando as funções pedagógicas e terapêuticas do enfermeiro e o seu trabalho terapêutico através da compreensão e intervenção sobre os problemas de cada doente.

Ainda de forma a cumprir este vasto objectivo, colaborou-se ainda com a Enf.^a Chefe, que para além de ter explicado alguns aspectos relacionados com a gestão de serviços de saúde, também deu oportunidade para ajudar na reformulação do plano de actividades dos assistentes operacionais, tarefa esta, que para além de nos permitir compreender a dinâmica das funções realizadas por esta classe profissional, ajudou a entender melhor o papel da supervisão e gestão dos cuidados atribuído ao Enfermeiro Especialista, que do meu ponto de vista, em certas situações deve mesmo intervir perante as outras classes com o intuito de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Módulo I – Neste contexto, a intervenção é direccionada, no sentido de procurar dotar os utentes de capacidades tão diversas como a gestão de situações stressantes, a adopção de comportamentos assertivos, a adesão ao regime terapêutico, a compreensão dos fenómenos relacionados com a patologia e a possibilidade de ocorrência de descompensação ou recaída.

Durante o processo de detecção de necessidades, a Directora de Enfermagem da CSBJ, sugeriu a implementação de um programa de treino para a gestão da medicação⁵ elaborado por colegas de mestrado que realizaram estágio nesta unidade no ano anterior, e deste modo dotar este estágio de uma componente mais prática e operacional, desafio aceite prontamente uma vez ia de encontro aos objectivos para o corrente módulo.

De forma a operacionalizar o suporte teórico elaborado pelos colegas, sentiu-se a necessidade de estruturar uma intervenção prática, que consistiu na realização de uma dinâmica de grupo para a apresentação do programa e uma sessão de educação para a saúde relacionada com a medicação⁶. Excepto nestas duas primeiras sessões, o programa foi desenvolvido de forma individualizada com o intuito de potenciar os resultados finais.

⁵ Anexo V – Programa de Treino para a Gestão da Medicação

⁶ Anexo VI – Operacionalização do Programa de Treino para a Gestão da Medicação

De forma a intervir na prestação de cuidados de enfermagem especializados, através de uma parceria de cuidados com o utente/família e restante equipa de saúde em contexto comunitário, acompanhou-se a equipa multidisciplinar da unidade móvel de apoio domiciliário integrado (projecto "Com Sentido"), que presta apoio a pessoas e famílias portadoras de doença mental. Esta intervenção permitiu compreender melhor os núcleos familiares e as suas relações. As condições habitacionais, os recursos familiares e sociais disponibilizados a cada família, e o impacto da doença na família.

Este foi sem dúvida um momento de especial aprendizagem, pois surgiu a oportunidade de constatar na prática, as dificuldades com as quais se deparam as pessoas com doença mental e as graves consequências que esta acarreta para a sua qualidade de vida. Rapidamente se tornou evidente que a degradação do estado mental funciona como um forte condicionante no desenvolvimento das actividades de vida diárias (AVD's). Neste contexto, compreendeu-se melhor a necessidade de manter um acompanhamento de proximidade, pois parece ser a melhor forma para incentivar a adesão ao regime terapêutico, prevenindo a recaída, e ajudando na adopção de estratégias para a realização das AVD's necessárias para o desenvolvimento sadio de todo o núcleo familiar.

Do meu ponto de vista, e dada a complexidade deste campo de acção, carece ser trabalhado por Enfermeiros Especialistas em SMP, pois só com a sua perícia será possível resolver uma parte significativa dos problemas do doente em contexto comunitário.

Avaliação dos Resultados: As actividades planificadas e desenvolvidas foram de encontro às necessidades sentidas pelas diferentes equipas, sendo que: No módulo III aprofundou-se os conhecimentos adquiridos, na área das patologias mais frequentes e na análise comportamental com recurso à psicanálise. Reflectiu-se sobre as experiências vivenciadas, partilhando conhecimentos com os elementos da equipa multidisciplinar. Este local de estágio revelou-se muito enriquecedor pois a aprendizagem com enfermeiros proficientes permite otimizar todo o processo formativo.

Com o desenrolar do Módulo II considerou-se pertinente direccionar uma parte

significativa da intervenção para a prestação de cuidados especializados e direccionados ao indivíduo, sendo visíveis os ganhos em saúde que cada utente obteve. Realizaram-se dinâmicas de grupo que permitiram obter ganhos ao nível da satisfação dos utentes, da sua auto-estima e confiança, obtendo ganhos substanciais no estabelecimento de relações terapêuticas.

No Módulo I a implementação do projecto de Treino da Gestão da Medicação relevou-se uma etapa de extrema importância no processo de autonomização das doentes contribuindo ainda para aumentar as nossas competências na implementação de novos programas. A intervenção em contexto comunitário permitiu observar e intervir sobre algumas situações de desequilíbrio social, aumentando as nossas competências para a intervenção junto do indivíduo e família de forma a manter o equilíbrio social.

Avaliação do Processo: Tal como se pretendia, o objectivo foi atingido ao longo dos diferentes módulos de estágio, através do recurso a actividades distintas, que possibilitaram a aquisição de conhecimentos e capacidades de compreensão e execução aprofundada na área de actuação da ESMP.

OBJECTIVO Nº 3: FOMENTAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ESMP AO LONGO DO CLICO VITAL DE FORMA A MANTER O EQUILÍBRIO SOCIAL, ATENDENDO À VISÃO HOLÍSTICA DO SER HUMANO.

Fundamentação: Com a elaboração deste objectivo foi intenção contribuir para o equilíbrio social, através da intervenção na área da saúde mental, tendo em mente a ideia que os contextos de vida actuais das pessoas estão dotados de um conjunto de fragilidades sobre as quais é importante reflectir, para não comprometer o equilíbrio das sociedades, provocado pelo processo de doença.

A elaboração deste objectivo assenta ainda na ideia de que ao nível da saúde mental é necessário intervir no indivíduo, nas famílias, nas instituições de saúde, nos locais de

trabalho e nas comunidades. Sendo que para isso, é necessário, melhorar as respostas especializadas através da articulação dos diferentes saberes, de forma adequada às necessidades de cuidados de saúde das pessoas.

Actividades:

Módulo III – Após exploradas as necessidades de intervenção, foram detectadas as seguintes áreas prioritárias de intervenção: disponibilização de informação aos pais, nomeadamente acerca dos sinais de alerta na primeira infância; proporcionar o desenvolvimento da pessoa internada, através de actividades didácticas, terapêuticas e ludicoterapêuticas.

A implementação de acções direccionadas para o desenvolvimento do indivíduo, enquanto foco de atenção da Enfermagem, foi realizada através das dinâmicas de grupo das actividades psicoterapêuticas com a utilização de Mandalas⁷, que possibilitaram a realização de uma intervenção terapêutica com a obtenção de resultados positivos, perante utentes com diagnósticos de enfermagem tão diversificados como: adaptação diminuída, ansiedade demonstrada, bem-estar alterado, coping ineficaz e vontade de viver diminuída. Através desta actividade pôde-se proceder à análise simbólica e interpretação da forma como foi elaborada a pintura, analisando os significados das cores, utilizando a obra como elemento de ligação ao pensamento da utente.

No sentido de concretizar a actividade: actuar nas diversas necessidades identificadas, promovendo o apoio e auxílio aos utentes, famílias e cuidadores de forma a manter o equilíbrio social, foi elaborado um panfleto subordinado ao tema Sinais de Alerta na 1ª infância⁸, este folheto informativo pretende ser uma forma de comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias, contribuindo assim para a detecção precoce de sinais e sintomas de patologia psiquiátrica na primeira infância. Para a concepção deste documento elaborou-se uma investigação diversificada, uma vez que, este tipo de informação não está compilado. Esta aprendizagem revelou-se útil, uma vez que, ao

⁷ Anexo VII – Actividade Psicoterapêutica – Mandalas

⁸ Anexo VIII – Panfleto - Sinais de Alerta na Primeira Infância

longo da formação nunca tinha sido proporcionada qualquer experiência que permitisse o despertar para este tipo de sinais.

Módulo II – Durante este módulo e para atingir este objectivo, realizara-se vários momentos de interacção individualizada que facilitaram a compreensão do doente, do ambiente familiar, e das relações com diversas estruturas da comunidade como os vizinhos, o trabalho, as estruturas sociais de apoio e lazer. Este tipo de trabalho permitiu compreender as dinâmicas familiares e as dificuldades de relacionamento e articulação dos indivíduos com as estruturas da comunidade.

De forma a dotar os utentes de capacidades para ultrapassar dificuldades relacionadas com o processo patológico em si, com as dificuldades do dia-a-dia, com o estigma social associado à doença, e com a auto-estima diminuída, elaboramos uma tertúlia intitulada “Valorização Pessoal”⁹. Esta interacção de grupo permitiu que os utentes reconhecessem em si e nos outros, características virtuosas, trabalhando a auto-estima e o equilíbrio individual e do grupo.

Realizaram-se ainda duas sessões de educação para a saúde¹⁰, uma intitulada “Saúde mental positiva” na qual foram expostas sugestões para a adopção de comportamentos pessoais e pro-sociais geradores de bem-estar no indivíduo e na sua família, tendo sido direccionada para os utentes em geral. Revelou-se um momento significativo de aprendizagem com muita interacção do grupo.

Dada a elevada afluência de doentes alcoólicos ao serviço, consideramos pertinente realizar intervenções direccionadas para estes utentes, tais como, a entrevista motivacional, a sessão de educação para a saúde intitulada “Alcoolismo após a alta” na qual se tentou sensibilizar os utentes alcoólicos para as causas e consequências do consumo de álcool na pessoa, na família e na comunidade em geral. Estas intervenções revelaram-se um contributo muito positivo para o tratamento tanto na perspectiva do doente como dos terapeutas presentes.

⁹Anexo IX – Tertúlia - Valorização Pessoal

¹⁰ Anexo X – Sessões de Educação para a Saúde

Organizaram-se grupos terapêuticos nos quais foram abordadas temáticas relacionadas com os hábitos de consumo, atribuindo especial ênfase à prevenção de recaída. Estas intervenções permitiram abordar os problemas relacionados com o álcool, reduzindo os danos provocados nos doentes e na sociedade.

Utilizara-se estes recursos de forma a catalisar a motivação do doente, através da escuta empática, sendo que, por vezes foi necessário reformular as afirmações do indivíduo e devolve-las reformuladas após a exploração das ambivalências existentes, mantendo contudo uma atitude de respeito e aceitação. Foi ainda possível comprovar que a maioria das pessoas podem interromper os consumos, desde que o decidam fazer e se apliquem na alteração dos seus hábitos.

Em todo este processo de prestação de cuidados, procurou-se envolver o utente no seu tratamento, promovendo a participação activa do mesmo no processo terapêutico e na reconstrução de um projecto de vida, após esta etapa de transição, desta vez na presença da doença mental ou sem comportamentos aditivos.

Módulo I – Neste local de estágio, destacou-se como necessidade a intervenção sobre os colaboradores da instituição, uma vez que foi perceptível um aumento dos níveis de stress em ambiente laboral. Com o intuito de intervir directamente sobre esta necessidade, elaboramos uma acção de formação em serviço¹¹ denominada "Cuidar o Cuidador – Saúde Mental Positiva", dirigida a técnicos de saúde e outros colaboradores, com o objectivo de dotar os profissionais de estratégias para responder às situações de stress da melhor forma possível promovendo a saúde mental, através da aquisição de conhecimentos que permitem implementar hábitos de vida promotores de saúde.

Esta formação contou com uma grande adesão de diversos colaboradores da instituição, que participaram activamente nas dinâmicas propostas, sendo evidente um elevado interesse nos conteúdos apresentados e nas imagens expostas. Sendo que pelo "feedback" final atingiu os objectivos propostos, uma vez que demonstraram interesse em adquirir ainda mais conhecimento sobre temáticas relacionadas e na avaliação final, 93% dos formandos obtiveram uma avaliação entre o Excelente e o Muito Bom.

¹¹ Anexo XI – Acção de Formação em Serviço

Avaliação do resultado: No acompanhamento do utente e da família tanto em contexto de internamento como na comunidade, procurou-se ao longo dos diferentes módulos, implementar estratégias de intervenção que privilegiassem a sua adaptação às transições provocadas pelo processo de doença, promovendo o restabelecimento do seu equilíbrio para uma rápida inclusão ou manutenção na comunidade.

O Módulo III foi sobretudo um momento de grande aprendizagem e consolidação de conhecimentos no âmbito da pedopsiquiatria, sendo que, foi elaborado ainda um instrumento de informação formal direccionado aos pais e profissionais de saúde, de forma a facilitar a vigilância do desenvolvimento da criança. O instrumento elaborado, crê-se ser apelativo, com informações pertinentes e dotadas de rigor científico.

No Módulo II utilizaram-se metodologias de trabalho individual e de grupo, promovendo a educação para a saúde com o intuito de obter ganhos em saúde.

No Módulo I – elaborou-se todo o processo formativo instituído na CSBJ desenvolvendo habilidades na detecção e intervenção de forma activa nas necessidades de diferentes classes profissionais.

Apesar da intervenção realizada ter sido mais direccionada para o indivíduo e família, considera-se a concretização deste objectivo académico, contribuindo ainda para aquele que deve ser o objectivo da sociedade, a manutenção do seu equilíbrio, nomeadamente na área da saúde mental.

Avaliação do Processo: No que diz respeito ao processo, considera-se que as diversificadas metodologias de actuação utilizadas com o intuito de atingir este objectivo, permitiram aperfeiçoar competências técnicas e relacionais, contribuindo decisivamente para atingir o objectivo.

2.1.2. OBJECTIVOS E ACTIVIDADES ESPECÍFICOS PARA CADA MÓDULO

.....

Eu acho que o passo mais importante em cada conquista é especificar um objectivo. Isto permite que a sua mente se foque no objectivo e não nos obstáculos que irão surgir quando tenta fazer o melhor.

Kurt Thomas

Neste capítulo pretende-se apresentar os objectivos específicos delineados para cada módulo de estágio, procurando ir de encontro aos objectivos definidos pela UCP para a aquisição de competências na área de especialização em ESMP.

Para atingir estes objectivos foi necessário integrar as dinâmicas das diferentes unidades de saúde, participando activamente na prestação de cuidados de enfermagem gerais e especializados.

MÓDULO III – DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Dada a especificidade deste local de estágio e a não existência de experiência profissional na intervenção de enfermagem ao longo desta etapa do ciclo vital, elaborou-se o seguinte objectivo específico:

OBJECTIVO Nº 4: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Fundamentação: Sendo a Enfermagem a área do saber na qual o profissional presta

cuidados formais ao longo de todas etapas do ciclo vital do indivíduo, no âmbito da especialização em ESMP torna-se pertinente o desenvolvimento de competências especializadas nas etapas da infância e adolescência.

Esta necessidade de cuidados de enfermagem deve-se à vivência de inúmeras transições ao longo desta fase, o que vai de encontro às afirmações de Tordjman et al. (1989, p. 128) que referem que nesta etapa da vida os adolescentes desenvolvem um conjunto de atitudes e reacções que vão modificar progressivamente o seu comportamento, as suas atitudes e as suas reacções em relação ao meio no qual estão inseridos. A partir de agora, o adolescente vai submeter tudo à análise do seu pensamento.

Sigmund Freud considerava a adolescência como um período necessariamente difícil e turbulento. (Sprinthall et al, 2003, p.17) De acordo com Freud, a turbulência da adolescência surge devido às necessárias transformações dos padrões psicológicos.

Segundo Bobak (1999, p. 755) antes de se tornarem adultos com maturidade, as crianças devem concretizar as tarefas de desenvolvimento da adolescência. Na generalidade estas capacidades incluem: aceitação da imagem corporal; aceitação da identidade sexual; desenvolvimento de um sistema de valores próprio; preparação para construir uma vida; independência dos pais; desenvolvimento das capacidades de tomada de decisões; desenvolvimento da identidade adulta. “Contudo, cada adolescente é único na forma como realiza o seu desenvolvimento.”

Bobak (1999, p. 755) afirma “O período da adolescência, pode ser vivido em três estádios: precoce, intermédio e tardio.” À medida que o nível de desenvolvimento se torna mais elevado, maior é a facilidade com que aceita a responsabilidade por si mesmo e pelos outros.

“Durante esta fase do desenvolvimento combinam-se uma série de circunstâncias físicas, sociais e psicológicas que geram características, comportamentos e necessidades únicas.” (Bobak et al, 1999, p.754) De facto, nesta etapa da vida o adolescente trava um duplo combate. Tenta libertar-se da carapaça da criança para entrar na pele do adulto, tenta também, estabelecer relações de um novo tipo, não só com os companheiros, mas também com os adultos, nomeadamente com os pais. “Para se impor, o adolescente pode sentir necessidade de se opor ao meio familiar.” (Tordjman et al, 1989, p. 128), o que lhe vai permitir distanciar-se dos valores conformistas que tentam impor-lhe. Mas

pode também, identificar-se com os modelos por ele eleitos.

Os adolescentes têm uma extrema necessidade de serem aprovados e aceites pelos outros. “Assim, podem declarar comportamentos e atitudes que de facto não são os seus, de forma a obterem essa aprovação.” (Campos, 1990, p.157) Assim é natural que no processo normal de desenvolvimento os indivíduos manifestem preferências típicas do seu sexo.

Apesar da maioria dos jovens conseguirem controlar este período tempestuoso e agitado, desenvolvendo formas de lidar com os fortes sentimentos de natureza sexual da puberdade e, ao mesmo tempo, através da aprendizagem de padrões comportamentais que mantêm com a família e com os seus colegas, num equilíbrio mútuo, adequado e socialmente aceitável. (Sprinthall et al, 2003, p.18). Todas estas novas vivências vão provocar o aparecimento de novas emoções. Isto pode ter o efeito de induzir alterações bruscas no estado emocional do jovem e também comportamentos abruptos ou, por vezes, mesmo violentos. Podem também surgir comportamentos de risco, capazes de pôr em causa a sua saúde, o que fundamenta a necessidade de cuidados gerais e especializados na área da Enfermagem.

Actividades: Dada a complexidade da intervenção perante este público-alvo sentiu-se necessidade de aprofundar conhecimentos específicos de patologias e comportamentos característicos desta faixa etária. Sendo que tal foi feito através da elaboração de fichas de leitura sobre aspectos que, de alguma forma, são considerados importantes, de modo a colmatar algumas lacunas a nível desses conhecimentos.

Procurou-se promover o relacionamento terapêutico com as utentes, através de dinâmicas de grupo, realizadas com objectivo de intervir sobre diferentes aspectos biopsicossociais do indivíduo tais como: o auto-conceito, a auto-estima, a comunicação expressiva, a interacção social, e de ludicoterapias, com a finalidade de promover a utilização de diferentes estratégias de comunicação, estimular a imaginação, o raciocínio e a criatividade. Estas actividades revelaram-se momentos excelentes de relacionamento terapêutico com os utentes, pois proporcionaram o contacto e a empatia, facilitando as funções pedagógicas e terapêuticas do enfermeiro.

A observação, participação e desenvolvimento de intervenções terapêuticas diversas, realizadas na unidade e instituição foi bastante limitada, pois no caso dos grupos terapêuticos fechados não é possível aos estagiários observarem as actividades desenvolvidas. Contudo, participamos em intervenções psicoterapêuticas, tais como terapia pelo desenho, terapia de orientação para a realidade, actividade criativa, técnicas cognitivo-comportamentais, abordagem familiar.

Houve ainda oportunidade de compreender a forma como se desenvolve uma terapia denominada “Terapia da Imagem Corporal” realizada por uma Enfermeira Especialista em Pediatria e em Saúde Mental e Psiquiatria. Dado ser uma terapia pouco conhecida e sobre a qual existe pouca bibliografia, com base na informação obtida, foi elaborado um procedimento para a sua realização¹², sistematizando desta forma o trabalho prévio, elaborado pela colega de profissão.

Foi também elaborada uma terapia de relaxamento através da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Adaptado), com o objectivo de diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular, estabelecendo com os utentes uma relação terapêutica. O desenvolvimento e utilização destas terapias permitiu aumentar a destreza na execução das mesmas e contribuir para o bem-estar, dos utentes. Ambas foram avaliadas de forma positiva pelos utentes e pelos Enfermeiros presentes.

A actividade: identificação de focos e diagnósticos de Enfermagem na área de SMP e o delineamento de intervenções de Enfermagem no âmbito das funções do Enfermeiro generalista e especialista foi realizada através de um trabalho exaustivo de investigação da nomenclatura preconizada pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), denominada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), através da qual, foi elaborado um Padrão de Documentação de Enfermagem¹³ em suporte de papel. Este documento será utilizado pela equipa de enfermagem como elemento de transição entre a formação anteriormente recebida sobre a linguagem CIPE e a aplicação em suporte informático denominada Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. A realização deste trabalho permitiu compreender, analisar e seleccionar os diagnósticos e

¹² Anexo XII – Procedimento para a Terapia da "Imagem Corporal"

¹³ Anexo XIII – Padrão de Documentação de Enfermagem – Pedopsiquiatria

intervenções de enfermagem mais frequentes no serviço de pedopsiquiatria, procurando organiza-los de forma funcional.

No que diz respeito à observação e participação nas actividades de gestão e supervisão do exercício profissional na área de ESMP, procurou-se reflectir juntamente com os elementos da equipa, os Enfermeiros especialistas e o Enf.º Chefe sobre as práticas, nomeadamente sobre o desempenho profissional da equipa de enfermagem, as suas virtudes e defeitos, apontando aspectos negativos e sugerindo formas de melhoramento. Por exemplo, detectou-se que os enfermeiros demonstram algumas dificuldades na gestão e transmissão de informação dentro da equipa multidisciplinar, em situações pontuais foi sugerido a correcção da linguagem utilizada nomeadamente durante as consultas, procurando desta forma contribuir para otimizar o exercício profissional dos enfermeiros inserido num contexto de actuação multiprofissional.

Participámos também nas reuniões diárias da equipa de enfermagem e equipa médica, com vista ao planeamento das abordagens diárias a realizar, assim como nas reuniões semanais de grupo entre enfermagem/ psiquiatria/ psicologia, para avaliação das diferentes intervenções, como por exemplo do resultado do grupo de expressão plástica pelo desenho, entre outras.

Avaliação dos Resultados: A observação participada das dinâmicas na Consulta da Primeira Infância, no Hospital de Dia e a intervenção no Internamento de Pedopsiquiatria, permitiram colocar em prática os conhecimentos que foram sendo adquiridos, possibilitando a realização das actividades necessárias para atingir o objectivo específico proposto para este módulo de estágio.

Relativamente aos utentes surgiu oportunidade de compreender as reais dificuldades provocadas pela dificuldade em vivenciar as diferentes etapas do desenvolvimento e os primeiros sinais de manifestação da patologia mental em etapas tão precoces do ciclo vital, o que obrigou a uma profunda reflexão pessoal onde sobressaiu uma noção mais próxima da fragilidade humana.

Apesar de ser uma realidade bastante específica e com a qual nunca tivemos contacto

anterior, conseguiu-se desenvolver um leque diversificado de actividades que de certa forma contribuíram para a evolução dos cuidados prestados.

Avaliação do Processo: As metodologias utilizadas foram adequadas, uma vez que foi possível responder em tempo útil às necessidades detectadas, elaborando respostas fundamentadas nos princípios científicos e que permitiram a obtenção de resultados eficazes.

MODULO II: SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL – HOSPITAL DE BRAGA

A unidade de homens do serviço de psiquiatria e saúde mental do Hospital de Braga possui características muito específicas que possibilitaram a intervenção na crise do adulto, nomeadamente perante indivíduos do género masculino, o que permite complementar a formação, uma vez que, no âmbito do exercício da profissão tem sido desenvolvida actividade profissional perante indivíduos do género feminino.

Durante a realização deste módulo de estágio pretendeu-se desenvolver as actividades necessárias para atingir os seguintes objectivos:

OBJECTIVO Nº 5: IMPLEMENTAR PLANOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

Fundamentação: Embora os processos de mudanças durante a idade adulta, sejam menos dramáticos do que nas etapas do desenvolvimento anteriores, continuam a ocorrer, pois os processos de tomada de decisões continuam durante toda a vida. Segundo Papalia e Olds (2000), durante a idade adulta grande parte das pessoas inicia o seu primeiro emprego, casa-se, tem e cria filhos, reestrutura o seu agregado familiar e sofre os processos de envelhecimento naturais ao longo do ciclo de vida do Homem.

Os processos de confrontação diária do indivíduo com os problemas da vida e com a toma de decisões podem determinar o tipo de pessoa que desejam ser, a sua carreira e a sua saúde. Podendo originar momentos de crise na qual a saúde mental do indivíduo está afectada. Contudo, é necessário salientar que para além destes motivos, podem estar na causa da doença mental outros factores como: carga genética, o desenvolvimento nos estádios anteriores do ciclo vital, a sociedade, a família, a idade, o género, etc.

O alvo da enfermagem durante o processo de internamento do indivíduo por patologia do foro mental deve incidir no seu bem-estar, sendo necessário, segundo Stuart e Laraia (2001), modificar efectivamente as respostas psico-emocionais inadequadas em todos os âmbitos da assistência de enfermagem. Estes autores enfatizam a promoção de um efectivo relacionamento enfermeiro/paciente, de estratégias cognitivas, de expressões de sentimentos, de modificações comportamentais, de habilidades sociais e da educação em saúde mental.

Para planear a sua intervenção o enfermeiro necessita de avaliar o doente, compreender as suas respostas humanas, frente à satisfação de suas necessidades básicas, o que compreende não só o contingente afectado, como também mostra o potencial que permanece sadio, facilitando as intervenções de enfermagem (Toledo, 2004). Contudo, as interpretações das respostas humanas são tão complexas e diversificadas que levam Lunney (2001) a referir que o principal factor de influência é o facto de nenhum doente mental conseguir saber e compreender totalmente tudo o que se passa com o outro. De forma a ultrapassar esta grande dificuldade é imprescindível que o enfermeiro mantenha uma comunicação eficaz com o doente mental, estabelecendo vínculos para um relacionamento baseado na confiança e segurança. Assim, o doente mental pode falar de si e de seus problemas, com leveza e tranquilidade, depositando cada vez mais credibilidade na assistência de enfermagem.

Este relacionamento permite estruturar as intervenções a partir dos mais frequentes diagnósticos de enfermagem encontrados, a fim de reverter um quadro de desequilíbrio psico-emocional instalado e, ainda, promover a saúde mental. Tal facto permite à enfermagem, utilizar o processo de enfermagem (focando o diagnóstico de

enfermagem), estruturando e justificando as intervenções perante a problemática dos aspectos psico-emocionais apresentados pelos doentes mentais. Segundo George (2000), o processo de enfermagem utilizado adequadamente na abordagem do doente mental, oferece ordem e direcciona a prestação de cuidados, constituindo-se na essência da prática da enfermagem, como instrumento e metodologia para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisões, uma vez que propicia prever e avaliar as consequências das intervenções, oferecendo, assim, ao doente mental, o que de facto é responsabilidade da profissão, o pano de fundo para uma boa prática profissional.

A importância da elaboração do diagnóstico de enfermagem compreende-se facilmente através da definição elaborada pela North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (2005, p. 283) que o define como “um julgamento clínico acerca das reacções de um indivíduo, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou a processos de vida e constituem a base para a selecção de intervenções de enfermagem.”

Assim, na etapa do planeamento, partindo do diagnóstico de enfermagem e do estabelecimento de prioridades de acordo com as necessidades básicas do doente mental, o enfermeiro deve projectar os resultados, tidos como metas ou objectivos comportamentais, a serem atingidos pelo doente mental direccionando as propostas e cuidados possíveis, que servirão como ferramentas precisas para a etapa de avaliação do doente mental e de todo o processo de enfermagem.

Compete ao Enfermeiro Especialista em ESMP a promoção da saúde mental, pelo que deve neste sentido mobilizar a diversidade de instrumentos de trabalho que possui, e implementar estratégias de intervenção flexíveis na prestação de cuidados diferenciados ao doente/família, assumindo o papel de parceiro na prestação de cuidados, na medida em que, estas abordagens têm como objectivo: ajudar o indivíduo a ultrapassar o momento de crise que está a vivenciar e o desenvolvimento de estratégias adaptativas, de forma a evitar a recaída.

Actividades: Com o intuito de desenvolver as intervenções necessárias para atingir o presente objectivo, recorreu-se à realização de intervenções específicas junto do utente,

tais como a realização de Terapias de relaxamento¹⁴, as quais foram realizadas em várias sessões e com técnicas diversas. Das quais se destaca:

A terapia de relaxamento através da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Adaptado), na qual através da incidência directa no tónus muscular foi possível: diminuir a ansiedade, reduzir a tensão muscular, proporcionar bem-estar, reduzir o recurso aos fármacos prescritos em S.O.S. e otimizar a qualidade do sono, diminuindo os níveis de insónia verificados. E a técnica de imaginação dirigida que favoreceu o apelo às lembranças agradáveis, facilitou o relaxamento e a expressão de sentimentos, ajudando a construir uma identidade positiva.

O desenvolvimento e utilização destas terapias permitiu aumentar a destreza na execução das mesmas e contribuir para o bem-estar, dos utentes. Nestas sessões estiveram presentes os doentes para os quais estavam levantados diagnósticos de enfermagem adequados à técnica utilizada. Revelaram-se momentos de grande aprendizagem sobre as técnicas, a colocação da voz, a selecção da música e a gestão do ambiente físico.

Para a realização desta psicoterapia surgiu uma grande dificuldade que foi a não existência de um espaço físico adequado para a realização da técnica. Contudo contornou-se a situação improvisando um dos espaços do serviço.

A realização de um Estudo de Caso foi outra actividade desenvolvida. Procurou-se elaborar todo este trabalho de acordo com a metodologia científica, para a realização de trabalhos académicos, o que para além de proporcionar um momento de intervenção individualizada e estruturada com um doente e a família, também permitiu relembrar e aplicar os conhecimentos adquiridos nos módulos de investigação.

Neste estudo, o alvo de atenção para a prática de enfermagem não foi unicamente o indivíduo portador de patologia mental mas todo o núcleo familiar, as relações com a família alargada e com a comunidade na qual estão inseridos. Esta intervenção permitiu

¹⁴ Anexo XIV – Terapias de Relaxamento

diagnosticar, planificar, elaborar e avaliar intervenções de enfermagem sobre a forma de plano de cuidados.

Avaliação dos resultados: A implementação de terapias de relaxamento, revelou-se um instrumento eficaz, uma vez que no final das sessões foi possível observar sinais evidentes de relaxamento, tais como: a satisfação pessoal, o bem-estar geral e a expressão corporal descontraída e relaxada. Pessoalmente permitiu desenvolver competências nas etapas do planeamento, execução e avaliação da técnica.

Com a realização do estudo de caso interveio-se de uma forma mais aprofundada perante um agregado familiar, colhendo a informação necessária para a planificação e implementação de um plano de cuidados em parceria, tendo como objectivo final a autonomização do indivíduo.

Em todo este processo procurou-se explorar e desmistificar as crenças erróneas da família em relação ao processo patológico que se desenvolveu num dos seus elementos. Procurou-se ajudar na identificação e adopção de estratégias adaptativas ao processo patológico. Após a intervenção não foi possível verificar o seu resultado, sendo perceptível na altura da alta que o elemento saudável do casal mantinha uma ideia persistente que consistia no divórcio.

Avaliação do Processo: A aplicação da entrevista de avaliação inicial e o acompanhamento do indivíduo e da família ao longo do processo de tratamento facilitaram a detecção das necessidades, a elaboração e implementação de planos de cuidados especializados, adaptados à situação de cada utente, não sendo uma área de fácil domínio, pois exige competências e conhecimentos abrangentes para que possa ser utilizada com qualidade.

OBJECTIVO Nº 6: PROMOVER A INTEGRAÇÃO DOS UTENTES NA COMUNIDADE

Fundamentação: Durante a actividade profissional temos observado que existe, por norma, uma tendência dos utentes com patologia mental para se adaptarem ao estilo de vida instituído nas organizações de saúde. Esta predisposição tende, a originar um conflito de papéis no seio da família e da comunidade que pode dificultar o processo de recuperação.

Neste sentido, a institucionalização ainda que por curtos períodos de tempo apresenta aspectos potencialmente negativos, principalmente no que diz respeito à autonomia e independência do utente portador de doença mental, uma vez que este fenómeno se repercute na sua vida, na sua família, nos relacionamentos com o mercado de trabalho e com as restantes entidades comunitárias.

Neste sentido compete ao enfermeiro compreender estes fenómenos sociais de forma a iniciar o planeamento da alta o mais precocemente possível.

Actividades: Com o intuito de atingir este objectivo, procurou-se estar presente junto das famílias, durante a admissão dos utentes ao serviço e da interacção nos períodos de visita. Estes momentos revelaram-se importantes para a compreensão das dinâmicas familiares e conseqüentemente dos factores intervenientes nos processos de doença.

Foi possível compreender que num número significativo dos casos (superior a 50 % dos internamentos durante o módulo de estágio) as famílias eram muito desestruturadas, não possuíam conhecimentos sobre a doença e adquiriram noções erróneas sobre o processo de cura, não entendendo que na maioria dos casos as patologias mentais não têm cura mas sim tratamento.

Apesar de se detectar esta necessidade de intervenção junto das famílias, pôde-se compreender que existiam algumas dificuldades de deslocação à unidade de saúde, tanto por motivos de transporte como questões laborais e de rotina diária das famílias, colmatando ainda com o não prolongamento desta intervenção para além do tempo de

estágio. Pelo que se optou por intervir junto das famílias só em momentos nos quais ela se disponibiliza a visitar o seu elemento internado.

Optou-se por interagir com elas de uma forma não estruturada, durante os horários das visitas e de uma forma mais estruturada, através da elaboração de um panfleto subordinado ao tema da recaída do doente alcoólico¹⁵, dando o nosso contributo para a qualidade de cuidados e para a existência de ganhos em saúde. Espera-se que seja utilizado como ferramenta de trabalho pelos profissionais do serviço no futuro.

Para além da prestação de cuidados individualizados, outra dimensão importante a considerar é a intervenção junto das famílias com paciente alcoólico, que parece merecer uma abordagem mais estruturada do que a actualmente existe.

Ao longo dos tempos, procurou-se entender se existiam dificuldades de inserção na comunidade e quais as dificuldades. Trabalho este, que se realizou através da interacção com os doentes/famílias, detectando que um elevado número vivencia situações profissionais e familiares adversas encontrando-se em situação de desemprego. Por outro lado é visível a estigmatização social dos doentes internados e que possuem patologia com evolução prolongada.

Neste sentido, e sobre a forma de levantamento das dificuldades existentes, tem sido mencionado pelos doentes internados como principais obstáculos à boa integração na sociedade, a dificuldade no acesso ao emprego, o acesso aos apoios sociais em caso de doença de longa duração, ao mau funcionamento das estruturas familiares, à facilidade de acesso às drogas lícitas como o álcool o tabaco e mesmo às drogas ilícitas e ao jogo, factos estes que têm sido apontados pelos utentes como principais dificuldades provocadas pela comunidade e que dificultam a sua vida.

De forma a dotar os utentes de estratégias facilitadoras do processo de inserção na comunidade foram realizados Grupos terapêuticos¹⁶, que se debruçaram sobre temáticas como “Corpo saudável para mente saudável – auto-massagem” e a “Como viver melhor com a minha doença”. Nestes grupos os utentes expuseram e debateram as situações que

¹⁵ Anexo XV – Panfleto "Alcoolismo - Como prevenir a recaída"

¹⁶ Anexo XVI – Grupos Terapêuticos

cada um apresentou, expressando sentimentos e emoções. Foram momentos bastante gratificantes pois apenas com intervenções pontuais dos técnicos, consideramos que mais do que informar, foi possível consciencializar o grupo para a importância da adopção de comportamentos facilitadores da vida em família e comunidade.

Avaliação do resultado: Durante este processo de intervenção foi possível intervir junto das famílias através da utilização de meios de comunicação formais e informais, no sentido de otimizar o conhecimento sobre as patologias e os comportamentos a elas associados.

Compreende-se que na perspectiva do doente, as principais dificuldades de reinserção na comunidade detectadas são: acesso ao emprego, aos apoios sociais em caso de doença de longa duração, ao mau funcionamento das estruturas familiares, à facilidade de acesso às drogas lícitas e ilícitas.

Após a detecção destas necessidades decidiu-se implementar os grupos terapêuticos, pois sabe-se que a entajuda entre os elementos do grupo, quando supervisionada por profissionais qualificados, permite a obtenção de melhores resultados no processo terapêutico.

Avaliação do Processo: No que diz respeito à intervenção junto do utente portador de doença mental, considera-se ter-se realizado um trabalho bem estruturado, com objectivos, actividades e intervenções bem definidas, que permitiram a obtenção de resultados visíveis na aceitação da doença e do processo de internamento, promovendo o desejo de reabilitação.

Relativamente ao trabalho junto das famílias sentiram-se algumas dificuldades, nomeadamente na interacção individualizada com cada uma delas uma vez que o espaço físico não possui as condições adequadas para esse trabalho, contudo procurou-se rentabilizar os espaços de forma a se poder desenvolver um bom trabalho.

Módulo I – Serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus

Neste campo de estágio pretendemos atingir o seguinte objectivo específico:

OBJECTIVO N.º 7: PROMOVER A AUTONOMIA DOS UTENTES

Fundamentação: Segundo Pereira (2007) a reabilitação, como estratégia, possibilita a recuperação da capacidade de gerar sentido, sendo capaz de restabelecer o exercício de cidadania, criando vínculos da pessoa que requer atenção com o serviço que a assiste. Assim, “a tarefa que tem o serviço de saúde mental é a de ajudar a pessoa que em algum momento de sua vida perdeu a capacidade de gerar sentido, acompanhando-a na recuperação de espaços não protegidos, mas socialmente abertos para a produção de novos sentidos”. Dessa forma, evidencia-se a mudança de relações de tutela para relações de contrato, fazendo emergir novas práticas nas instituições que adoptam o processo de transformação da assistência psiquiátrica.

Neste contexto revela-se como desafio para os profissionais, a sua capacidade de estabelecer vínculos e estar receptivos ao outro. Torna-se imprescindível que os actores da transformação da assistência psiquiátrica sejam mais comprometidos eticamente com a assistência e com o seu próprio desejo, o que leva a reflectir sobre a troca de experiências e de saberes, de forma a ampliar a compreensão, facilitando as intervenções reabilitadoras.

Compete ao Enfermeiro dotar os utentes de capacidades que lhes permitam desenvolver os processos de autonomia nomeadamente na socialização, através da interacção social e na gestão do seu processo de saúde, através do conhecimento dos sinais e sintomas da patologia e da gestão da medicação

Actividades: Convém desde já referir que durante este módulo encontrou-se uma dificuldade significativa, que consistiu no distanciamento das famílias face ao familiar internado. Após a tentativa de compreender este fenómeno, concluí-se que se deve a factores como o estigma associado à doença mental, à desorganização de todo o núcleo

familiar, à ausência de parentes próximos e à rejeição dos utentes em relação aos familiares, dada a presença de traumas passados.

Este facto direcciona a intervenção da enfermagem para o utente, com o objectivo de promover a sua autonomia, aumentando a sua capacidade de viver em comunidade e de consolidar as relações com as restantes utentes em processo de reabilitação, uma vez que, é importante para o processo terapêutico o fortalecimento dos laços entre os elementos de um conjunto que, por si mesmos, formam uma família ainda que do tipo convivente.

De forma a dar resposta aos diagnósticos de enfermagem assentes nos diferentes aspectos biopsicossociais do indivíduo tais como: o auto-conceito, a auto-estima, a comunicação expressiva, a interacção social, onde foi estimulada a imaginação, o raciocínio, a criatividade, a expressão de sentimentos, elaborou-se uma dinâmica de grupo. Estas actividades revelaram-se momentos excelentes de relacionamento entre os utentes, pois proporcionaram o contacto e a empatia.

Considera-se que através das dinâmicas de grupo e da implementação do programa de gestão da medicação anteriormente referido, contribuiu-se para a autonomia e satisfação das intervenientes.

Após a identificação de sinais visíveis de ansiedade num número significativo de utentes, decidiu-se realizar várias sessões de relaxamento recorrendo à utilização de técnicas de relaxamento muscular e de imaginação dirigida. No final das sessões foram evidentes os efeitos do mesmo na maioria das participantes, sendo notória a presença de bem-estar e relaxamento efectivo, com diminuição da ansiedade. Neste âmbito, é possível concluir que o relaxamento pode ser uma intervenção valiosa no tratamento do utente portador de doença psiquiátrica, para quem a ansiedade e o stress são factores centrais e evidentes nos seus comportamentos.

Avaliação do resultado: Após a compreensão dos motivos que levaram ao afastamento entre algumas utentes e os seus familiares, considera-se que esta intervenção poderia ser mais eficaz se fosse promovida a interacção social e a autonomia das utentes, pelo que se realizaram as actividades acima descritas e a partir das quais se percebeu que a

interacção e comunicação entre as utentes tornou-se mais presente e harmoniosa.

Concluí-se que apesar de insuficientes, as intervenções desenvolvidas foram de encontro aos objectivos gerais propostos e o feedback que obtido junto das utentes e Enf.^a Orientadora foi muito positivo. A carga positiva que lhes foi transmitida e a responsabilidade incutida ao longo das sessões realizadas, fê-las sentirem-se úteis e valorizadas.

Avaliação do Processo: A metodologia de trabalho utilizada revelou-se adequada à realidade e às actividades desenvolvidas, contudo considera-se que apenas representam o início de um longo caminho do processo de reabilitação que poderá terminar com a desinstitucionalização.

3. DA PRÁTICA ÀS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A partir do momento em que tomamos consciência do mundo que nos rodeia começamos a questionar o nosso lugar nele.

Chopra, 2003

Durante o desempenho da sua actividade profissional, os enfermeiros são responsáveis e responsabilizáveis pelas acções que desenvolvem tal como pelas que omitem, sejam elas acções autónomas ou interdependentes, o que vai de encontro ao descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros (2003, pág. 31) que refere que *...enquanto enfermeiros assumimos a responsabilidade de agir de determinado modo ... Somos igualmente responsáveis pelo que decidimos não fazer.*

Tal como refere no Artigo 8º do Regulamento para o Exercício da Prática de Enfermagem (REPE) (Decreto-Lei nº 161/96) legislou-se que *no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável onde se distinga a ética, devendo actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.*

Neste sentido, pode-se entender que as decisões tomadas no exercício das competências próprias, ainda que no desempenho de intervenções interdependentes, têm de ser respeitadas por todos os membros da equipa e nenhum outro pode decidir sobre elas.

Segundo o Conselho de Enfermagem (CE) (2004), uma vez que o exercício profissional da enfermagem se centra na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas, as suas competências de enfermeiro devem permitir-lhe uma intervenção optimizada ao utente, unidade familiar e comunidade.

Desta forma, as competências adquiridas pelo enfermeiro devem permitir-lhe tomar decisões de forma autónoma através de uma abordagem sistémica e sistemática, prescrevendo intervenções de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (CE, 2004).

Este aumento da exigência na prestação de cuidados, associado ao exponencial desenvolvimento técnico e científico verificado nos últimos anos nas áreas da saúde e a emergente produção sistemática de novas evidências, faz emergir um manancial de conhecimento, em permanente transformação, que implica uma actualização sistemática que por si só justifica a delimitação do saber por áreas específicas.

O apoio assistencial à pessoa ao longo da vida impõe competências gerais, mas também apropriadas a cada fase etária. Não se pode cuidar da mesma forma um idoso ou um adolescente, um adulto ou uma criança. Será difícil, senão impossível, ao Enfermeiro de Cuidados Gerais, manter actualizado um conhecimento profundo que lhe permita identificar as necessidades de cada indivíduo, num determinado momento da sua vida, assim como manter um elevado nível de proficiência, qualquer que seja o contexto de exercício. Estas dificuldades também justificam a identificação de campos de intervenção distintos de forma a garantir que o Enfermeiro dispõe de um entendimento profundo das respostas humanas dos indivíduos naquela fase da vida, a cada situação/problema e naquele contexto de vida ou de exercício profissional.

A especialização da Enfermagem justifica-se nesta necessidade constante de aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de enfermagem. Resultando na profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta. Num amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, desenvolvendo intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde.

Segundo o R.E.P.E. o Enfermeiro Especialista é:

O enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e

humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Decreto-Lei 161/96)

O reconhecimento da individualização das especialidades em enfermagem constitui uma das competências estatutárias do C.E, que emerge da criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), e tem promovido o debate sobre a definição das competências dos enfermeiros especialistas, contudo, mesmo através dos estudos realizados e de uma profunda pesquisa, têm-se percebido a enorme complexidade que qualquer decisão neste domínio comporta.

O próprio Concelho Internacional de Enfermeiras (ICN), relativamente ao desenvolvimento da especialização em Enfermagem, evidencia o elevado interesse internacional pela identificação de áreas de especialização, porém não identifica um padrão que permita estruturar, de forma universal, as várias especialidades existentes. Recomenda e atribui, no entanto, às Associações Nacionais de Enfermeiros de cada país a responsabilidade de desenvolver e regulamentar o exercício de enfermagem especializado em congruência com os seus referentes profissionais (ICN, 2009).

Como é possível constatar, a nível nacional e internacional, as competências do EE em ESMP não foram ainda definidas, sendo contudo, consensual que a especialização em ESMP para além de conferir conhecimentos técnicos e científicos para a concepção de cuidados específicos e diferenciados, deve ser também promotora de outras competências a nível da gestão de cuidados através do planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação.

Neste sentido, a UCP apresenta no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em ESMP um conjunto de domínios nos quais os alunos devem desenvolver competências, e que no nosso entender vão de encontro ao definido no REPE e no Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses. Estes conhecimentos visam o domínio de áreas como a prestação de cuidados em situações complexas novas e não familiares, a gestão, a supervisão, a formação/ensino, a comunicação e a investigação. Assim sendo, o Enfermeiro deve desenvolver competências para a assistência em enfermagem avançada à pessoa com problemas de saúde mental (SM), dirigindo-se especialmente para a

promoção da saúde e adaptação aos processos de saúde e doença em qualquer fase do ciclo de vida (UCP, 2007).

Com o intuito de adquirir estas competências, ao longo deste estágio mobilizaram-se conhecimentos teórico-práticos que permitiram desenvolver um conjunto de competências científicas, nos diferentes domínios do saber, capazes de aumentar a aptidão para o desempenho de funções específicas na área de intervenção da ESMP.

3.1. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

“Os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida (...)”

Collière, M.

O desenvolvimento de competências permite ao Enfermeiro prestar cuidados de enfermagem mais diversificados e de maior complexidade, sendo estes mais desafiantes e motivadores, levando o indivíduo a executar actividades mais criativas e inovadoras, o que justifica a importância do desenvolvimento de competências específicas e vai de encontro ao mencionado por Bork (2003), que refere que cada função a ser executada pelo enfermeiro exige o uso de diferentes graus de aptidões, habilidades e talento da pessoa.

Neste sentido, passa-se a descrever as competências desenvolvidas ao longo deste processo formativo e que são fruto da necessidade de atingir os objectivos pessoais e os objectivos propostos pela UCP para o desenvolvimento de competências ao longo de todo o processo formativo de natureza teórico-prática.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal desenvolveram-se as seguintes competências:

- **Aquisição de conhecimentos de âmbito teórico com influência na prática profissional** conduzindo à adopção de comportamentos éticos durante as práticas.
- **Tomada de decisões de acordo com os princípios éticos**, baseada em juízos fundamentados em conhecimentos científicos, éticos e morais e na experiência pessoal e profissional, quando confrontado com uma variedade de situações inerentes à prática

especializada, procurando obter a sua resolução em parceria com o utente, família e comunidade.

- **Participar na construção da tomada de decisão em equipa**, suportada em princípios, valores e normas deontológicas, a partir dos quais se elaboraram respostas apropriadas a situações de elevada complexidade, aumentando o leque de opções para a escolha da decisão por parte da equipa.

- **Incorporar elementos de enquadramento jurídico no julgamento**, liderando de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética e legal de maior complexidade na área da ESMP.

- Adquirir conhecimentos para **desempenhar o papel de consultor e supervisor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à área da ESMP**.

- **Desenvolver autonomia na área da ESMP**, através da recolha de contributos, suscitando a análise dos fundamentos e das decisões, avaliando os processos de tomada de decisão, partilhando os resultados como forma de desenvolvimento da prática especializada.

- **Promover e gerir as práticas de cuidados**, no sentido de respeitarem e protegerem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, obtendo consentimento informado e respeitando o sigilo profissional inerente aos cuidados prestados na área da ESMP.

No domínio da gestão e supervisão da qualidade dos cuidados desenvolveram-se as seguintes competências:

- Dinamizar o **desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas** institucionais na área da especialização em ESMP.

- Desenvolver aptidões a nível da **análise e planeamento estratégico** que permitem a definição de metas e incorporar directivas e conhecimentos para a melhoria da

qualidade dos cuidados prestados na área da ESMP, intervindo nas vertentes da Estrutura, Processo e Resultado.

- **Promover a adesão à saúde e segurança ocupacional**, desenvolvendo medidas para a segurança dos dados e registos, gerindo o risco a nível institucional.
- **Gerir os cuidados**, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar, otimizando o processo de cuidados ao nível da **tomada de decisão**, disponibilizando **assessoria** na área da ESMP aos enfermeiros da equipa.
- **Prescrever e avaliar o processo de cuidar**, dos diagnósticos, propondo uma variedade de soluções eficazes. Orientando e supervisionando as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.
- **Planear e aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado**, utilizando os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

No domínio da prestação de cuidados na área de especialização da ESMP desenvolveram-se as seguintes competências:

- **Capacidade de obter um elevado conhecimento e consciência**, identificando no momento emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.
- **Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida**, família, grupos e comunidade na optimização da SM.
- **Avaliar a abrangência das necessidades em saúde mental** e a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos.

- **Identificar os factores promotores e protectores do bem-estar e SM** assim como factores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos. Executando uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de SM do indivíduo e família.
- **Identificar os problemas e as necessidades específicas** da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da SM, avaliando o impacto que o problema tem na qualidade de vida e bem-estar do utente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.
- **Elaborar diagnósticos em SM e implementar planos de cuidados especializados**, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto de forma a satisfazer as necessidades dos cuidadores e utentes em todas as fases do ciclo vital, no âmbito da SM.
- **Identificar apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados**. Diferenciando os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de SM, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos.
- **Identificar e intervir perante situações de emergência psiquiátrica e complicações de saúde física**.
- **Utilizar e aplicar os sistemas de taxionomia standardizados** para os diagnósticos de SM, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.
- **Promover a SM** de crianças e jovens, na promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens.
- **Implementar programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional**, direccionados para área da reabilitação, evitando a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e mau tratos, a pessoas que vivam em situações desfavorecidas.

- **Desempenhar as funções de terapeuta de referência** coordenando programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.
- **Supervisionar os programas individualizados de tratamento e reabilitação** das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.
- **Planear a alta, coordenando a transição de doentes e famílias** entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.
- **Auditar a toma de medicação no domicílio**, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental grave ou de evolução prolongada.
- **Orientar o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados**, tendo em conta o seu problema de SM.
- **Coordenar, desenvolver e implementar cuidados de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional**, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, promovendo o equilíbrio social.
- **Implementar intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas** relacionados com a SM, as perturbações e doenças mentais.
- **Ensinar os utentes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas** (farmacológicas e não farmacológicas), educando sobre o uso de terapêuticas complementares adequadas.
- **Utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.**

- **Promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal**, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

Estas são algumas das competências desenvolvidas ao longo de todo este processo de aprendizagem, e considerando que *a prática de enfermagem não é estática mas sim mutável e dinâmica* tal como define a CIPE (2002, p.13), tem-se em mente que a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em ESMP faz parte de um processo de aprendizagem contínuo e autónomo que será enriquecido através de momentos de actualização e da vivência de experiências pessoais e profissionais. Tal como a Hesbeen (2000, p.119) refere, o objectivo da formação, inicial e contínua, consiste em contribuir para o desenvolvimento do enfermeiro, cujo perfil é determinado por conhecimentos, aptidões e qualidades humanas. O fim máximo da formação é adquirir capacidade de agir numa perspectiva de enfermagem, de a desenvolver, de a aperfeiçoar e de a valorizar. Sinteticamente é aprender a duvidar, investigar para identificar erros e dissipar as dúvidas.

4. SUGESTÕES PARA FUTURAS INTERVENÇÕES

A arte não é outra coisa senão a força de sugestão de um detalhe

Corrado, Álvaro

Após a realização deste estágio sentiu-se a obrigação moral de sugerir uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde em relação ao fenómeno da doença mental e da manutenção do equilíbrio social das populações, uma vez que foi possível observar que não se têm mobilizado os recursos humanos necessários para manter e restabelecer o equilíbrio mental nas populações que foram alvo desta intervenção.

Perante as entidades responsáveis, sugere-se que procedam à identificação das condições de trabalho e reais necessidades das infra-estruturas de saúde, promovendo uma implementação atempada das intervenções que permitirão a execução das directrizes descritas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

Através dos contactos que foram mantidos com as famílias com elementos portadores de doença mental, pôde-se detectar elevados níveis de stress do prestador de cuidados pelo que se sugere às entidades responsáveis a construção de uma unidade de curto internamento para doentes mentais com o intuito de permitir o restabelecimento de níveis de stress aceitáveis no prestador de cuidados.

Aos colegas a frequentar o próximo MESMP é importante sugerir que na realização do estágio utilizassem como fio orientador: O papel da família na educação, estabilização e reabilitação do doente mental nos contextos da comunidade e internamento. Pois parece a melhor forma de avaliar as reais necessidades das famílias, planeando e executando uma intervenção objectiva e eficaz.

CONCLUSÕES

Pelo menos, consegui aprender isto com a experiência: se uma pessoa prosseguir com confiança na direcção dos seus sonhos e se se esforçar por viver a vida que sonhou, deparar-se-á com êxitos inesperados em momentos comuns.

Thoreau

A elaboração deste documento, coincide com a fase de encerramento deste percurso profissional, satisfazendo os últimos requisitos para a obtenção da pós-graduação em ESMP, Após defesa pública confere o grau de Mestre em Enfermagem.

Este percurso revelou-se interessante, uma vez que contribuiu para a formação enquanto futuro Enfermeiro Especialista, permitindo desta forma estruturar e expor as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo do estágio, constituindo um grande desafio profissional/ pessoal, revelando-se uma grande oportunidade de crescimento.

Com este processo formativo surgiu a oportunidade de desenvolver competências nos domínios, ético-legal, científico, no âmbito da gestão e formação, abrangendo um conjunto diversificado de áreas do saber, contribuindo para uma formação pessoal e profissional diversificada.

Através da análise retrospectiva é possível compreender que a selecção e a ordem pelo qual foram realizados os diferentes módulos de estágio, bem como os objectivos traçados e a sua interligação, constituem um fio condutor, pois permitiram desenvolver conhecimentos aprofundados e uma actuação diferenciada, fundamentada sempre em conhecimentos empíricos e resultantes da investigação científica permanentemente actualizada.

Com a intenção de planear cuidados ao longo do ciclo vital, iniciou-se o estágio pelo Módulo III, intervindo na primeira infância e adolescência, sendo que esta foi uma experiência totalmente nova e com aprendizagens diárias, pois até ao momento não se tinha efectuado qualquer contacto com esta realidade. Permitiu expandir o campo de visão e o foco de actuação. Considera-se esta realidade essencial para a compreensão da totalidade da dimensão da pessoa.

No módulo seguinte direccionou-se a intervenção para o adulto, tendo sido uma experiência nova e que proporcionou bastantes aprendizagens ao nível da interacção com os doentes, da planificação implementação e avaliação de cuidados especializados. Considera-se ter constituído uma etapa muito relevante para a consolidação e sistematização dos conhecimentos adquiridos. Sendo que, durante estes processos emergiram outros conhecimentos decorrentes da riqueza de experiência e partilha de saberes.

Por último intervimos no Serviço de Reabilitação da CSBJ, onde houve a oportunidade de participar directamente no processo de reabilitação e autonomização das utentes, procurando melhorar as suas capacidades e diversificando o seu leque de conhecimentos, tornando-as assim mais aptas a viver em sociedade. Acompanhou-se ainda a equipa multidisciplinar da unidade móvel de apoio domiciliário integrado (projecto "Com Sentido"), que presta apoio a pessoas e famílias portadoras de doença mental, o que possibilitou a intervenção na comunidade e permitiu compreender melhor os núcleos familiares e as suas relações, as condições habitacionais, os recursos familiares e sociais disponibilizados a cada família, e o impacto da doença na família.

Considera-se que os diferentes campos da prática clínica onde se realizaram os diferentes módulos do estágio, pela sua elevada riqueza na área da ESMP, permitiram a aquisição de um conjunto diversificado de competências profissionais e pessoais, aumentando as aptidões em diferentes campos do saber: estar, fazer e ser.

Ao longo deste processo formativo procurou-se desenvolver competências que permitissem demonstrar responsabilidade e saber científico, sustentado por instrumentos de trabalho valiosos e baseados em evidências científicas aumentando os níveis de autonomia.

Na área de intervenção da ESMP, as intervenções de Enfermagem assentam maioritariamente nos domínios relacionais, normalmente conotados de maior subjectividade e de utilidade menos perceptível, parecendo importante um maior investimento da ESMP na criação de instrumentos e critérios que permitam expressar a real dimensão do tempo dispendido nestas actividades.

Considera-se que após o término deste momento formativo deve ainda investir-se em algumas áreas específicas de ESMP, nomeadamente na planificação e estruturação de sessões de Psicomotricidade e na Relação de ajuda formal. Esta necessidade surgiu de impossibilidade de planificação e implementação destas intervenções, uma vez que não se detectou a pertinência da sua aplicação.

A não delimitação do campo de intervenção do Enfermeiro Especialista em ESMP apresentou-se como uma das principais dificuldades, uma vez que a não existência de um quadro de referência dificulta o planeamento de intervenções específicas. Contudo considera-se que, para a definição das competências do Enfermeiro Especialista em ESMP, a OE deve elaborar um documento que não limite em demasia as competências do enfermeiro, deixando em aberto a inclusão de novas áreas do saber científico na disciplina de Enfermagem.

Através do trabalho desenvolvido e descrito neste relatório, é possível afirmar que os estágios permitiram desenvolvimento de aptidões pessoais e profissionais, sendo que para tal, colaborou um conjunto muito diversificado de profissionais que constituem as equipas multidisciplinares que integramos, e que proporcionaram o conhecimento de diversas abordagens e correntes de interpretação, permitindo aumentar os conhecimentos na área da ESMP.

Embora haja a ideia de que os objectivos nem sempre são fáceis de atingir, de uma forma geral, considera-se que os objectivos, quer académicos quer pessoais, foram atingidos.

Salienta-se desde já que implícito à elaboração deste processo formativo está, como finalidade última, contribuir para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados aos utentes do foro da Saúde Mental e Psiquiátrico, e a promoção da saúde mental da comunidade em geral contribuindo desta forma para o equilíbrio social.

BIBLIOGRAFIA

Bobak, I., Lowdermilk, D. e Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade*. Loures, Lusociência.

Bork, A. (2003). *Enfermagem de Excelência: da visão à ação*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

Candeias, N. (1984). *Forças propulsoras e restritivas nas áreas da educação em saúde*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Beta 2. Lisboa, Gráfica 2000.

Campos, B. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa, Universidade Aberta.

Chopra, D. (2003). *Os sete princípios da realização pessoal*. Bracarena, Editorial Presença.

Conselho de Enfermagem, (2004). *Divulgar - Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, OE.

Diário da República. Decreto-Lei nº 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda.

George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre, Artes Médicas Sul.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Lusociência.

International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Competencies for Nurse Specialist*. Geneve, ICN.

Lakatos, E. e Marconi, M. (1992). *Metodologia Científica*. 2ª Edição. São Paulo, Artes médicas.

Lunney, M. (2001). *Critical thinking & Nursing diagnosis: cases studies & analyses*. Philadelphia, NANDA.

North American Nursing Diagnosis Association. (2005). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2003-2004*. Trad. Cristina Correia. Porto Alegre, Artmed.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures. Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. Pp. 10, 228-229, 415, 419.

Og Mandino. (1990). *A melhor maneira de viver*. Cascais, Editora Pergaminho.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa, OE.

Ordem dos Enfermeiros. *A reforma da saúde mental*. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=488&version=1>. [Consultado em 23/06/2009].

Papalia, P. e Olds, S. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul.

Pereira, A. (2007). *A Reabilitação Psicossocial no Atendimento em Saúde Mental: Estratégias em Construção*. [Em Linha]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a21.pdf. [Consultado em 1/02/2010].

Santos, M. (2000). *Esquizofrenia: perspectivas actuais de reabilitação psicossocial*. Psicologia, vol. XIV, pp. 91-109, Oeiras.

Sprinthall, N. e Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Stuart, G. e Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*; Trad. de Dayse Batista. Porto Alegre, Artmed.

Toledo, V. (2004). *Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica na reabilitação psicossocial*. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Tordjman, G., Cohen, J., Kahn-Nathan, J. e Verdou, C. (1989). *Enciclopédia da vida sexual dos adolescentes*. Rio Tinto, Edições ASA.

Universidade Católica Portuguesa. (2007). *Regulamento geral - Mestrado em Enfermagem de natureza Profissional*. Porto, UCP.

ANEXOS

ANEXO I

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Caracterização do Serviço de Reabilitação

Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga -

Paulo Cerqueira

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJECTO CASA - SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Para contextualizar o projecto CASA é necessário compreender que, desde a sua fundação, a Congregação da Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, instituto do qual faz parte a Casa de Saúde do Bom Jesus, tem como um dos seus objectivos prioritários o de proporcionar às pessoas acolhidas nos seus estabelecimentos uma assistência e cuidados especializados de saúde integrais. A sua missão desenvolve-se através da oferta de serviços de saúde para pessoas com perturbações mentais, deficientes físicos e psíquicos e, ocasionalmente, pessoas com outras patologias

O modelo assistencial preconizado pela instituição assenta numa concepção integral e dinâmica da pessoa, a qual é o centro da missão, e num conceito global de saúde que contempla e articula de forma adequada as dimensões bio-psico-sociais, espirituais, éticas e relacionais.

A promoção de projectos assistenciais integrais desde a prevenção à reabilitação e reinserção socioprofissional, o compromisso com a qualidade, a formação, a docência, a investigação são alguns aspectos fundamentais que suportam a cultura e o estilo hospitaleiro. A investigação e o progresso da ciência são assumidos como meios para garantir a qualidade dos serviços assistenciais.

De forma a atingirmos este objectivo desenvolvemos um conjunto de actividades que passo a descrever: Visita à unidade de reabilitação; Realização de uma reunião com a Directora de Enfermagem, Realização de diversas entrevistas informais com os enfermeira orientadora e a consulta de documentos oficiais existentes. Estas actividades permitiram

A elaboração da caracterização apresentada em seguida foi possível através: da visita à unidade de reabilitação; da realização de uma reunião com a Directora de Enfermagem, da Realização de diversas entrevistas informais com os enfermeira orientadora e da consulta de documentos oficiais existentes.

DESCRIÇÃO CARACTERIZACIONAL DO SERVIÇO

O serviço de reabilitação da CSBJ engloba o projecto C.A.S.A. (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), sendo este serviço composto por uma Unidade de Vida Protegida (UPRO) ou residência de treino St.^a Teresa e três Unidades de Vida Apoiada (UVA) ou apartamentos terapêuticos. A primeira UVA abriu em 1995 e as outras duas em 1999. A Unidade de Treino St.^a Teresa (UPRO) abriu em 1998.

O projecto C.A.S.A. é uma iniciativa que pretende potenciar a vida autónoma de pessoas portadoras de doença mental e ambiciona precisamente uma mudança (apoiada) de contexto social.

Assim, a UPRO, residência intermédia de treino, tem como objectivo preparar as utentes para uma vida mais autónoma, habilitando-as assim, para regressarem às suas casas familiares ou transitarem para apartamentos terapêuticos. A UVA é uma estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave, estabilizada e de evolução crónica mas com boa capacidade autónoma, favorecendo a sua integração em áreas de trabalho protegido, ou no mundo laboral normal.

Os principais objectivos do programa de reabilitação destas unidades terapêuticas são:

1. Assegurar a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada, quer na vertente relacional (tanto na unidade como na comunidade), quer na vertente laboral.
2. A reintegração comunitária de doentes hospitalizados, que pelas suas características poderão reingressar na vida comunitária; evitando-se desta forma o prolongamento do internamento que poderia levar a uma cronicidade da sua evolução.
3. Integração na comunidade de doentes já vinculados ao programa, tanto a nível laboral, como de actividades de lazer, etc.

O espaço da UVA favorece, para estes fins, o desenvolvimento de diversas capacidades sociais e instrumentais.

Para atingir estes objectivos, as pessoas que se inserem neste espaço desenvolvem conhecimentos e prática ao nível da higiene pessoal; tratamento da roupa; organização e a gestão do espaço; arrumo da residência, incluindo limpeza e organização do espaço; preparação das refeições; compras, economia doméstica e gestão de dinheiro; manejo de

medicação; saúde e segurança; gestão do tempo; utilização de recursos de suporte social e treino de habilidades sociais com vista a socialização. O comportamento social é também trabalhado através da prática de formas de comunicação adequadas; gestão de conflitos; gestão dos tempos livres e incremento da tomada de decisão.

Actividades de Vida Diária e Actividades Instrumentais de Vida Diária

- Cozinha: utilização de utensílios de cozinha; confecção das refeições; preparação de pratos económicos; conhecimento dos alimentos (roda dos alimentos); planeamento das refeições dentro do grupo.
- Higiene pessoal: banho, lavagem dos dentes e asseio pessoal.
- Tarefas de arrumo, limpeza e manutenção da casa/residência: fomentação do desenvolvimento da responsabilidade e da aquisição de compromissos, pelo residente, como parte do seu tratamento; colaboração na planificação de tarefas nas actividades da residência; proporcionar oportunidades para o desempenho das actividades com um certo grau de segurança e tranquilidade.
- Treino de habilidades sociais e de resolução de problemas: habilidades de comunicação básicas; iniciar, manter e terminar conversas agradavelmente; resolução de problemas de vida diária; aprendizagem de vida em pequeno grupo; desenvolvimento de habilidades de comunicação mais complexas e específicas.
- Compras e gestão de dinheiro: conhecer/identificar o dinheiro; verificar e fazer trocos; ver prazos de validade dos alimentos; conhecer os diferentes produtos e suas especificidades; acondicionamento do produto; relação qualidade- preço; plano semanal de compras (seguido de plano mensal) e realização de lista de necessidades; contacto com o vendedor (aplicação das habilidades aprendidas).
- Transportes: prática de utilização de transportes; conhecer os locais de paragem; conhecer os autocarros e os seus destinos; ter conhecimento e respeitar as filas de

espera; ter presente as regras de civismo (ex.: dar lugar a pessoa grávida, com criança ao colo, deficiente ou idoso).

- Actividades de socialização e lazer: ver exposições na cidade; visitar museus; ir ao cinema; teatro; concertos de música; passeios a locais públicos (ex.: centros comerciais, jardins); convívio com utentes colegas do apartamento.
- Psicoeducação da família: transmissão de informação sobre a doença, como identificar sintomas prodrómicos que antecipam frequentemente as recaídas, como lidar com a doença (objectivo de aumentar a compreensão da desordem e identificar quais as intervenções mais adequadas a essas situações); integração das famílias no processo terapêutico enquanto recurso fundamental; gestão da hostilidade, crítica e superprotecção - emoções expressas; gestão do *stress na família*; conhecimento e gestão dos recursos comunitários.

Destinatários

Este serviço tem como destinatários doentes com médio e longo internamento, que apresentam diagnósticos mais frequentes de psicose esquizofrénica, em fase estabilizada (residual), cuja capacidade mental permite, contudo, perspectivarem uma reinserção socioprofissional, designadamente a integração na actividade profissional ou escolar anterior à doença ou outra; a integração em programas estruturados de formação profissional ou em trabalho protegido; e a integração relacional e social (capacidade para estabelecer e manter relações de amizade, frequência regular de locais de convívio, utilização com autonomia de transportes públicos, relacionamento comunitário não problemático).

Lotação

O serviço de reabilitação tem capacidade para 15 utentes, tendo uma lotação de 7 camas na Unidade de Vida Protegida “Residência Santa Teresa” e uma lotação de 8 camas na Unidade de Vida Apoiada, que é constituída por 3 Apartamentos.

Actividades

A UVA desenvolve as actividades comuns a qualquer unidade residencial, sendo estas actividades, fundamentalmente, orientadas para facilitar o relacionamento entre as residentes; apoiar na organização e gestão de vida de cada residente; supervisionar a integração profissional e comunitária; detectar e orientar as alterações do estado de saúde.

A organização e a gestão do espaço são participadas pelas utentes tendo em vista os interesses e gostos individuais e os objectivos da resposta.

A UVA, no desenvolvimento das suas actividades, fomenta a ligação com as famílias estabelecendo contactos regulares para o efeito. O apoio técnico ao desenvolvimento da vertente ocupacional é assegurado pela equipa técnica da Casa de Saúde do Bom Jesus. Pretende-se desta forma criar equipas específicas no âmbito da reabilitação uma vez que estão em curso projectos nesta área.

Equipa Multidisciplinar

A equipa multidisciplinar é constituída por duas enfermeiras; uma psicóloga; uma assistente social; duas monitoras; um professor de educação física; um psiquiatra e um médico de medicina interna.

Encaminhamento e admissão de utentes

Tendo como base orientadora os objectivos propostos, a admissão de pessoas na UVA é feita pela Equipa Técnica da Casa de Saúde. Este processo pressupõe uma avaliação prévia, global e interdisciplinar, sendo sequencial:

1ª Acção: Proposta de admissão para a residência de treino;

2ª Acção: Avaliação dos critérios de admissão, exclusão e de risco

3ª Acção: Avaliação da estabilidade clínica, competências e motivação da doente;

4ª Acção: Estabelecimento de um plano individual de reabilitação;

5ª Acção: Avaliação periódica do programa de reabilitação;

6ª Acção: Encaminhamento para casa familiar, apartamento terapêutico ou unidade de internamento;

Programa Individual de Reabilitação

- Actividades de Vida Diária (cozinha, higiene pessoal, limpeza e manutenção do espaço físico);
- Treino das Competências Sociais e Resolução de Problemas;
- Compras e Gestão de Dinheiro;
- Transportes;
- Actividades de Socialização e Lazer;
- Integração da Família no processo de reabilitação;
- Avaliação da sintomatologia e estabilidade clínica;
- Avaliação das competências sociais e instrumentais;
- Avaliação da deterioração cognitiva.

Localização

As UVA(s) localizam-se em prédios de habitação comum, sendo dotadas de infra-estruturas básicas e servidas por uma rede de transportes públicos. A UPRO localiza-se dentro das instalações da CSBJ, sendo constituída por uma residência com condições habitacionais autónomas da restante instituição.

Caracterização das Utentes residentes do Projecto C.A.S.A.

Actualmente, as unidades do Projecto CASA são habitadas por 15 utentes do sexo feminino. Destas, três estão inseridas no projecto *Colorircoop* (cozinha pedagógica) e uma trabalha na comunidade – serviço de restauração e hotelaria. As restantes desempenham actividades no período diurno na CSBJ, exercendo funções na cafetaria, lavandaria, serviço de admissões, cabeleireira, fisioterapeuta, costura, entre outras funções esporádicas.

Desde a inauguração deste serviço até hoje, já passou por este espaço residencial um total de 43 utentes (28 +15 actuais), sendo que 50% das utentes foram reintegradas na família/comunidade, 42% regressaram a unidades de longo internamento e 63% destas residentes receberam formação profissional.

A média de idades das utentes internadas actualmente no serviço de reabilitação é de 44 anos.

As patologias existentes no serviço são a esquizofrenia (73%) e a deficiência mental com alterações do comportamento (27%).

Na residência de treino encontram-se actualmente 7 residentes, com uma média de idades de 44 anos, 4º ano de habilitações literárias em média, com prevalência do diagnóstico médico de esquizofrenia. Nos apartamentos terapêuticos residem 8 utentes, com uma média de idades de 42 anos, 4º ano de escolaridade em média e diagnóstico médico prevalente de esquizofrenia.

ANEXO II

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL - HB

Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Hospital de Braga

Paulo Cerqueira

CONTEXTUALIZAÇÃO DO SPSM - HOSPITAL DE BRAGA

A protecção e a promoção da saúde mental são os objectivos primordiais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga.

O seu campo de acção envolve fundamentalmente as áreas da prevenção secundária, assegurando o tratamento da psicopatologia e restabelecimento do equilíbrio psíquico, e da prevenção terciária dirigida à reabilitação, inserção social e redução das consequências da enfermidade.

DESCRIÇÃO CARACTERIZACIONAL DO SERVIÇO

O SPSM-HB, que mantém o seu funcionamento no antigo edifício do Centro de Saúde Mental de Braga e tem como área de influência oficial os Concelhos de Amares, Esposende, Cabeceira de Bastos, Póvoa do Lanhoso, Guimarães, Barcelos, Terras de Bouro, Vila Verde, Vieira do Minho, Famalicão, Fafe, Vizela, Celorico de Bastos e Braga.

O serviço é composto por:

- Consulta Externa e Serviço de Urgência, que funcionam no mesmo espaço físico, das 8h às 20h, excepto sábados, domingos e feriados. Nestes dias a urgência funciona no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Braga;
- Unidade de Agudos Homens, onde se prestam cuidados a doentes com patologias do foro psiquiátrico;
- Unidade de Agudos Mulheres, onde se prestam cuidados a doentes com patologias do foro psiquiátrico;
- Unidade de Sócio-terapia, de funcionamento diurno, que dá apoio aos internamentos com o objectivo de ocupar os doentes;
- Serviços Administrativos e Direcção do Departamento, que funcionam no edifício em frente à Consulta Externa e onde se localiza a biblioteca e sala de reuniões. Neste edifício funciona também a Consulta de Psicologia e Serviço Social.

A realização deste estágio decorreu na Unidade de Agudos Homens. Estruturalmente, esta unidade, ocupa um edifício independente, composto por 2 pisos. O R/C contém um hall de entrada; um gabinete de enfermagem; um WC para utentes e visitas e um WC para funcionários; um vestiário com chuveiro; um quarto de sujos; uma sala de convívio para os utentes, onde podem ver televisão e receber visita; um refeitório para os utentes; uma copa e um espaço exterior, onde podem fumar e

realizar algumas actividades de lazer. O 1º piso é constituído por 2 quartos com 2 camas e 4 quartos com 3 camas (lotação total de 16 camas); três WC's, dois deles com chuveiro, um gabinete médico e um quarto de protecção com videovigilância.

Os utentes do género masculino são internados neste serviço através da consulta externa ou do serviço de urgência e, no decorrer do internamento, são acompanhados por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogo, assistente social e auxiliares de acção médica.

A equipa de enfermagem é constituída por 9 enfermeiros, sendo 1 especialista e 8 graduados e a metodologia de trabalho utilizada é o método individual, onde cada enfermeiro é responsável pelos utentes atribuídos no plano de trabalho.

A equipa médica consiste em cinco médicos psiquiatras que observam os utentes uma vez por semana em dias pré-estabelecidos e atendem os familiares no dia desta mesma consulta, se estes desejarem receber informação clínica. E um médico de medicina interna que vem do hospital para observar os utentes que tenham pedido de colaboração pelo psiquiatra.

Os principais motivos de internamento são as psicoses e neuroses, alterações de comportamento, alcoolismo e depressões. A duração média do internamento depende da patologia e da capacidade do utente em restabelecer o seu equilíbrio.

ANEXO III

CARACTERIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Caracterização do Departamento Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência

Centro Hospitalar do Porto

CONTEXTUALIZAÇÃO DO DPSMIA - CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

O DPSMIA-CHP constitui um centro de referência, funcionando como estrutura de apoio a diversos Serviços e Unidades de Pedopsiquiatria integrados nos Hospitais Distritais do Norte, nomeadamente através da sua Unidade de Atendimento Urgente (UAU) e do Internamento, onde são atendidas as situações agudas ou mais complexas do Norte do País.

DESCRIÇÃO CARACTERIZACIONAL DO SERVIÇO

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência integra o Centro Hospitalar do Porto, encontrando-se localizado no Complexo do Hospital Magalhães Lemos – Porto e sendo composto por:

- Serviço Infantil (I) - Crianças dos 0 aos 12 anos:
 - Consulta Externa;
 - Consulta de crise infantil;
 - Consulta da Primeira Infância;
 - Consulta de Triagem de Dificuldades de Aprendizagem;
 - Hospital de Dia Infantil.

- Serviço Juvenil (II) - adolescentes dos 12 aos 18 anos:
 - Consulta externa;
 - Consulta de crise Juvenil;
 - Unidade de Perturbação do Comportamento Alimentar;
 - Consulta de Comportamentos Suicidários;
 - Internamento de Pedopsiquiatria.

- Unidade de Ligação

- Intervenções Psicoterapêuticas:
 - Psicodrama;
 - Grupo de auto-ajuda para pais e crianças/ Adolescentes;

Ateliê de expressão plástica;

Balneoterapia;

Terapia familiar.

Estruturalmente, a área ocupada pelo Departamento abarca dois pisos. No Rés-do-chão (R/C) localiza-se o internamento juvenil, com capacidade para 14 utentes e no 1º piso situa-se o Hospital de Dia Infantil, a Consulta Externa e a UAU (unidade de atendimento urgente para atendimento de situações de crise), contendo também vários gabinetes de consulta, sala de psicodrama, atelier de pintura, sala de terapia para os pais e crianças, WC's, sala de balneoterapia e biblioteca.

A realização deste estágio decorreu no Hospital de Dia Infantil, Consulta da Primeira Infância e Internamento Juvenil.

O Hospital de Dia é composto por uma sala de jogos/brinquedos comuns/livres, duas salas exclusivas para terapias, uma copa, um refeitório, dois wc's, um gabinete de enfermagem, um gabinete médico e uma sala de espera.

Os técnicos intervenientes nesta unidade são uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, uma terapeuta ocupacional, uma educadora de ensino especial, uma auxiliar, uma assistente social e uma pedopsiquiatra.

Nesta unidade, a enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria tem como funções: proceder a uma avaliação de enfermagem prévia ao internamento parcial de cada criança; implementar cuidados especializados de enfermagem às crianças, para além dos cuidados gerais, onde predomina uma abordagem psicanalítica na análise e intervenção de cada caso, garantindo o ambiente e recursos necessários ao seu desenvolvimento normal; estabelecer uma interligação entre a equipa multidisciplinar, bem como entre a equipa e os pais e/ou cuidadores significativos; participar nas consultas de grupo efectuadas semanalmente com a Pedopsiquiatra; encaminhar as crianças para as respectivas terapias propostas pela equipa; participar activamente e em conjunto com a restante equipa multidisciplinar nas terapias.

As crianças da primeira infância com perturbações são encaminhadas para o Hospital de Dia através da consulta da primeira infância, das consultas externas ou da UAU.

A consulta da primeira infância (0-3 anos de idade) decorre às segundas e quintas-feiras das 8:30h às 18:30h. Primeiramente é feita uma abordagem de enfermagem, onde é realizada a avaliação inicial da criança, com a participação dos pais, sendo estes inseridos no processo terapêutico desde uma primeira abordagem. De seguida, a criança e os pais são encaminhados para a avaliação da pedopsiquiatra, psicóloga e assistente social. Nesta consulta é efectuado o devido encaminhamento de cada caso, incluindo o seguimento em Hospital de dia ou em consulta externa.

Esta consulta é indicada no caso de bebés difíceis, com choro frequente, inconsoláveis; no caso de crianças/bebés com alterações do sono tais como acordar várias vezes durante a noite e com dificuldades em adormecer; crianças/bebés com dificuldades alimentares, ou seja, com recusa alimentar, selecção ou bizzarrias alimentares, vómitos sem causa orgânica, eructações frequentes; crianças com alterações do comportamento, isto é, birras frequentes, auto-agressão e hetero-agressão, preferência por objectos duros e frios, isolamento, evitamento do olhar, olhar ausente, fuga ao contacto físico, oposição frequente, entre outros; crianças com dificuldades na linguagem, como o atraso na linguagem, ausência de linguagem, repetições de palavras ou frases (ecolalia), dificuldades articulares, recusa em falar.

O internamento Juvenil é constituído por um gabinete de enfermagem, gabinete do enfermeiro chefe, dois WC's, um quarto de restrição de espaço físico, uma sala de armazenamento de material e medicação, um vestiário, um gabinete médico, um gabinete de reuniões, quartos para os utentes com uma lotação de 14 camas, um refeitório, uma copa, uma sala de visitas e duas salas de estar para os adolescentes.

Os adolescentes são internados neste serviço através da consulta externa ou da urgência e no decorrer do internamento são acompanhados por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos pedopsiquiatras, psicólogos, assistente social e auxiliares de acção médica.

ANEXO IV

DINÂMICAS DE GRUPO

Dinâmicas de Grupo

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental na
Infância e Adolescência

Dinâmica de grupo: valorização pessoal

Áreas de intervenção:

Auto-conhecimento

Auto-estima

Estratégias

Realização de uma tertúlia entre profissionais e utentes, incentivando a reflexão sobre os valores individuais e colectivos.

Actividades:

Explicar as regras do jogo:

1. Cada elemento do grupo recebe um cartão com um determinado valor por exemplo: optimismo, alegria, esperança, sinceridade, honestidade...;
 2. Proporcionar momento de reflexão individual sobre o valor referido no cartão;
 3. Cada elemento verbaliza, se possui ou não o valor escrito no cartão, justificando-se e referindo, de seguida, outros valores que considere ter;
 5. No final, cada elemento partilha com o grupo, como se sentiu no correr do jogo, assim como os valores que descobriu em si e nos outros elementos;
 6. Os técnicos reforçam a importância de acreditarmos em nós mesmos e de valorizarmos as nossas características e capacidades;
 7. Os utentes colocam no centro do grupo os
-

cartões com as características/valores que consideram importantes na equipa terapêutica;

8. Os cartões com as características que os utentes consideram que a equipa deve ter são afixados no mural da sala de trabalhos.

Conteúdos:

Valores pessoais;

Expressão de sentimentos.

Recursos materiais:

1. Espaço físico;

2. Colchões e puffs;

4. Cartões onde estão escritos os valores.

Recursos humanos:

1. Utes a frequentar a unidade de internamento;

2. Enfermeiros do serviço e Enfermeiros estagiários.

Objectivos:

Proporcionar a auto-consciencialização dos valores individuais;

Reconhecer e reflectir sobre os próprios valores e os valores dos outros elementos do grupo;

Promover o desenvolvimento do grupo através da inter-ajuda.

Metodologias de avaliação:

Avaliar a percepção individual de cada um, sobre si mesmo;

Avaliar a expressão verbal de sentimentos;

Avaliar a Linguagem não verbal;

Avaliar a facilidade/dificuldade em partilhar emoções com o grupo;

Avaliar o empenho;

Avaliar a interacção grupal.

Notas / Observações:

A actividade decorreu como planeado. O grupo interagiu de forma empenhada e todos os

elementos falaram sobre o valor atribuído, exprimindo sentimentos relativos ao valor em questão.

Foi possível verificar que a maioria considera ser dotada de um conjunto significativo de valores, tendo consciência dos valores que mais caracterizam a sua personalidade.

Ao nível da linguagem não verbal, inicialmente, foi perceptível uma ligeira tensão que diminuiu com o decorrer da dinâmica, sendo que no final reinava a boa disposição entre todos os participantes.

Dinâmica de grupo: Provérbios Populares

Áreas de intervenção:

Comunicação expressiva

Interacção/Relação social

Objectivos:

Promover a expressão de sentimentos;

Promover a interacção social;

Promover a comunicação expressiva;

Facilitar a distração relativamente a assuntos nefastos (sentimentos, delírios, ideação suicida);

Aumentar a consciência dos utentes quanto aos aspectos práticos da sua vida;

Modificar de um modo mais realista as suas percepções e expectativas.

Conteúdos:

Percepções;

Provérbios populares.

Recursos materiais:

Local calmo e isento de ruídos ou odores;

Colchões e puffs;

Cartões onde estão escritos vários provérbios populares, como “a união faz a força” (Anexo 1).

Metodologia:

Sessão: 1

Duração: 30 a 40 min

Local: Sala de estar

Recursos humanos:

Utentes a frequentar a unidade de internamento;

Enfermeiros do serviço e Enfermeiros estagiários.

Estratégias

Realização de uma tertúlia entre profissionais e utentes, incentivando a reflexão sobre os provérbios populares.

Procedimento:

1. Explicar a dinâmica e os objectivos da actividade a realizar;
2. Solicitar a cada utente para ler e comentar o provérbio, relacionando-o com o que sente ou lhe faz lembrar;
3. Resumir e avaliar a sessão;
4. Motivar o grupo a reflectir sobre a temática abordada.

Avaliação:

Avaliar a percepção individual de cada um em relação aos provérbios;

Avaliar a expressão verbal de sentimentos;

Avaliar a Linguagem não verbal;

Avaliar a facilidade/dificuldade em partilhar percepções e expectativas com o grupo;

Avaliar o empenho;

Avaliar a interacção social.

Anexo 1

Provérbios Populares

"Barco parado não faz viagem"	"Mais vale tarde do que nunca"
"Por morrer uma andorinha não acaba a Primavera"	"Não adianta chorar sobre o leite derramado"
"A união faz a força"	"Viver não custa, o que custa é saber viver"
"Tristezas não pagam dívidas"	"Águas passadas não movem moinhos"
"Não há bem que sempre dure nem mal que nunca acabe"	"Grão a grão enche a galinha o papo"
"A conselho amigo não feches o postigo"	"Desmanchar e fazer, tudo é aprender"
"A galinha do vizinho é sempre melhor que a minha"	"Vale mais um pássaro na mão do que dois a voar"
"Mais se tira com amor do que com dor"	"Água mole em pedra dura tanto dá (bate) até que fura"

Dinâmica de grupo: Auto-estima

Áreas de intervenção:

Auto-estima

Auto-conhecimento

Objectivos:

Proporcionar a auto-consciencialização dos valores individuais;

Reconhecer e reflectir sobre os próprios valores;

Reflectir sobre a auto-estima;

Promover o desenvolvimento do grupo através da inter-ajuda.

Conteúdos:

Expressão de sentimentos

Valores pessoais

Recursos materiais:

Local calmo e sem odores

Puffs e colchões

Folhas de papel em branco

Fita-cola

Metodologia:

Dinamizador: Lígia Pires e Paulo Cerqueira

N.º Sessões: 1

Local: Sala de actividades

Datas: 28.05.2009

Hora: 15h

Duração: 30 a 40 min.

Recursos humanos:

2 Enfermeiros a frequentar o MESMP;

10 Utentes a frequentar a unidade de internamento;

1 Enfermeiros do serviço.

Estratégias

Reunir o grupo em círculo e sentados

Explicar as regras da dinâmica

Procedimento:

1. Verificar se todos os utentes do grupo sabem o que é auto-estima. E, se não souberem, fazer uma breve explicação;

2. Distribuir uma folha de papel em branco por cada utente, informando que a folha representará a auto-estima de cada um.

3. Explicar que será lida uma lista de situações que podem afectar a nossa auto-estima.

4. A cada frase lida cada um deverá rasgar um pedaço da sua folha na proporção do mal que essa situação provoca à sua auto-estima. Por exemplo, depois de se ler a primeira frase, o utente diz: "isso afecta-me muito" e rasga um pedaço grande do papel, ou "isso afecta-me pouco" e rasga apenas um pedaço pequeno.

5. O enfermeiro dá início à dinâmica lendo as frases (Anexo) e intercalando com alguns segundos de pausa para que todos os utentes rasguem as suas folhas.

6. Após ler todas as frases o enfermeiro informa que chegou o momento de todos recuperarem a auto-estima aos pedaços

Avaliação:

Avaliar a percepção individual em relação à dinâmica;

Avaliar a auto-estima;

Avaliar o bem-estar físico e mental;

Avaliar a expressão não verbal de sentimentos.

Questões de avaliação

- Todos recuperaram a auto-estima?
 - Qual foi a situação que mais afectou a tua auto-estima?
 - O que podemos fazer para proteger a nossa auto-estima quando vivenciamos situações mais adversas?
 - Como podemos ajudar os nossos amigos e familiares quando a auto-estima deles está baixa?
-

também. E a cada frase lida para "recuperar a auto-estima" (Anexo) deverão unir os pedaços de papel rasgados.

Notas / Observações:

A dinâmica decorreu com normalidade e de acordo com o planeamento da mesma.

Todos os participantes demonstraram motivação, participando voluntariamente e com empenho. Compreenderam a finalidade da actividade e reflectiram sobre a importância de vivenciarmos momentos que permitem a recuperação da auto-estima, de forma a mantermos o bem-estar bio-psico-socio-cultural.

Após relacionarmos o resultado da actividade com as personalidades e patologias dos utentes, podemos chegar as seguintes conclusões:

- As adolescentes com perturbação do comportamento alimentar (Anorexia Nervosa), provavelmente devido à sua personalidade anancástica, não recuperaram totalmente a sua auto-estima. No decorrer da dinâmica, sobrevalorizaram os pais e escola em oposição ao namorado, demonstrando que este aspecto tem pouco significado nas suas vidas, embora intimamente talvez se passe o contrário, isto é, poderá estar expressa uma fuga maníaca (??)
- Uma utente com patologia psicótica, com personalidade narcísica, que apresentava um relacionamento de proximidade com um jovem, rasgou um grande bocado de folha, dando importância extrema ao namorado, por sua vez o jovem rasgou um pequeno pedaço de folha tentando demonstrar que desvalorizava o relacionamento, talvez pela instabilidade da adolescente, apesar de ser observável o seu envolvimento sentimental. Este jovem adopta uma postura contraída e curvada, evitando o contacto social, e veste sempre um gorro, factos que interpretamos como se encontrando num casulo, procurando sentir-se protegido do mundo externo.
- Uma outra adolescente, indiferente a tudo, nada a afecta o que revela uma perturbação a nível da educação/afectos? Provavelmente por papel parental ineficaz. Quando exposta a

frase “O teu pai ou a tua mãe repreendeu-te” questionou o significado da afirmação.

- Um menino que se encontra institucionalizado num colégio, não valorizou os pais nem a escola, dando extrema importância á namorada, o que demonstra a influência do vínculo paternal nos processos de afectividade.
- Os restantes adolescentes apresentaram o comportamento esperado, diminuindo e aumentando os níveis de auto-estima à medida que as situações potencialmente negativas e positivas foram enunciadas.

Anexo

Frases que podem afectar a auto-estima:

- Uma discussão com o namorado/a;
- O(A) professor(a) criticou o teu trabalho na frente de todos os teus colegas;
- O teu pai ou a tua mãe repreendeu-te;
- Um grupo de amigos íntimos não te convidou para um passeio;
- Tiras-te más notas na escola;
- Os teus colegas gozaram contigo por causa da tua roupa (ou cabelo).

Frases para recuperar a auto-estima:

- Os teus colegas de turma escolheram-te como delegado(a) de turma;
- O teu namorado(a) mandou-te uma carta de amor;
- Os teus pais disseram-te que és a coisa mais importante da vida deles;
- O(A) professor(a) chamou-te para elogiar o teu trabalho;
- Os teus amigos gostam da tua companhia e convidam-te sempre para sair;
- Os teus colegas querem sempre saber a tua opinião sobre determinados assuntos.

Dinâmica de grupo: Jogo do Riso

Áreas de intervenção:

Ansiedade

Stress

Interacção social

Humor depressivo

Objectivos:

Promover a distração e a descontração;

Promover o bem-estar físico e mental;

Promover o riso e a interacção do grupo;

Diminuir o stress;

Diminuir a ansiedade.

Conteúdos:

Estado de espírito;

Descontração;

Bem-estar físico e mental.

Recursos materiais:

Local calmo e isento de ruídos ou odores;

Colchões e puffs;

Metodologia:

Dinamizador: Paulo Cerqueira

N.º Sessões: 1

Local: Sala de estar

Datas: 08.06.2009

Hora: 10h

Duração: 30 min.

Recursos humanos:

Utentes a frequentar a unidade de internamento;

Enfermeiros do serviço e Enfermeiros estagiários.

Estratégias

Reunir o grupo em círculo e explicar as regras do jogo

Procedimento:

1. Pedir a um dos elementos do grupo que permaneça sério e se mentalize de que não deverá rir nem sorrir;
2. O restante grupo tentará fazer tudo para mudar esse estado de espírito do colega;
3. Quando o primeiro elemento rir ou sorrir, passar a vez a outro elemento do grupo, e assim sucessivamente;
4. Antes da sessão terminar, os participantes devem cumprimentar-se e extravasarem, em voz alta, um de cada vez, que estão alegres e cheios de energia, com a seguinte frase, por exemplo: “Eu sou a pessoa mais feliz do mundo. Sinto-me cheio de força e energia!”
5. No final da sessão pedir a cada um que relate o que sentiu durante a mesma.

Avaliação:

Avaliar a percepção individual em relação ao jogo;

Avaliar a expressão não verbal de sentimentos;

Avaliar a Linguagem não verbal;

Avaliar a facilidade/dificuldade em partilhar percepções com o grupo;

Avaliar o empenho;

Avaliar a interacção grupal;

Avaliar níveis de stress e ansiedade.

Notas / Observações:

A actividade decorreu tal como previsto, foi possível perceber que de início a risada foi artificial, mas logo de seguida o riso transformou-se em algo natural e espontâneo e passado pouco tempo todos estão a rir

Dinâmica de grupo: O Presente

Áreas de intervenção:

Afectividade

Interacção social

Controlo emocional

Hetero-conhecimento

Objectivos:

Facilitar a hetero-conhecimento;

Promover a distração e a descontração;

Promover o bem-estar físico e mental;

Promover a interacção do grupo.

Conteúdos:

Expressão emocional

Interacção

Confraternização

Hetero-conhecimento

Recursos materiais:

Local calmo e sem odores

Puffs e colchões

Uma caixa tipo presente

Bombons ou lembranças

Metodologia:

Sessão: 1

Duração: 30 a 40 min

Dinamizadores: Lígia Pires e Paulo Pires

Local: Sala de estar

Recursos humanos:

Utentes a frequentar a unidade de internamento;

Enfermeiros do serviço e Enfermeiros estagiários.

Estratégias

Reunir o grupo em círculo e sentados
Apresentar a caixa tipo presente ao grupo
Explicar as regras da dinâmica

Procedimento:

1. Fazer uma abordagem inicial, retratando os momentos que o grupo compartilhou e o que captou de tudo.
2. De seguida, dizer que em consideração ao desempenho do grupo, os enfermeiros decidiram oferecer um presente especial, que será entregue a um(a) representante do grupo.
3. O enfermeiro escolhe o representante e diz-lhe: "És uma pessoa ESPECIAL e, por isso, recibes este presente..." (Entregar o presente ao utente escolhido).
4. Logo a seguir o enfermeiro pede que repasse o presente a outro utente, dizendo: "...mas, não te entusiasmes muito, porque este presente não é só teu! Agora entrega-o à pessoa mais BONITA do grupo."
5. Aguarda-se que o utente escolha e entregue o presente.
6. O enfermeiro continua: "Para muitas pessoas a beleza é fundamental, mas para

Avaliação:

Avaliar a percepção individual em relação ao jogo;
Avaliar o bem-estar físico e mental;
Avaliar a expressão não verbal de sentimentos;
Avaliar a interação grupal.

ti é apenas uma qualidade... Que pena!
Este presente também não é só teu... Agora
vais entregá-lo à pessoa mais DINÂMICA."

7. Aguardar que o utente entregue o
presente, e assim sucessivamente com as
restantes frases. (Anexo).

8. O último utente abre o presente e divide
os bombons/lembranças com o grupo.

9. Concluir com as considerações finais e
terminar a dinâmica.

Anexo

Frases

* "Ser dinâmico(a) é estar sempre presente, ajudando sem parar. Mas este presente não é só teu... Terás de entregá-lo à pessoa mais REALISTA."

* "Como és realista! Então sabes o que te espera. A realidade é que este presente não é só teu. Agora vais entregá-lo à pessoa que consideras mais INTELIGENTE do grupo."

* "Ser inteligente é um privilégio, mas a capacidade de entender o mundo é dos sensíveis e inteligentes. E tu também és. Através da tua inteligência, sabes que o presente não é só teu... Então entrega-o à pessoa mais CARINHOSA."

* "Carinho também é uma forma de amor. Estás de parabéns! Mas este presente não é só para ti. Entrega-o à pessoa mais MEIGA."

* "A meiguice é um dom que poucas pessoas possuem. Se és mesmo uma

delas, cultiva-a que serás recompensado(a), mas não é com este presente. Ele também não é só teu... Passa-o à pessoa mais OPTIMISTA."

* "Ser optimista é estar sempre disposto(a) a começar tudo de novo. Quanta força de vontade!!! No entanto, este presente não é só teu... Vais entregá-lo à pessoa mais TÍMIDA do grupo."

* "Ser tímido(a) não é um defeito, nós sempre encontramos muitas coisas boas nas pessoas tímidas como tu. Só temos que as descobrir! Mas vence a timidez neste momento e dá o presente à pessoa mais TRABALHADORA."

* "Dizem que Deus ama quem trabalha e tu deves estar radiante deste amor. Espalha esse amor e dá o presente à pessoa mais CALMA."

* "Se és calmo(a), deves manter esse dom. Porém, não deixes abater-te pela passividade, e deixe sempre clara a tua opinião. Mas o presente também não é só teu. Passa-o para a pessoa mais CRIATIVA."

* "Ser criativo é levar a vida na brincadeira, inventando e imaginando coisas. Para ti as horas são curtas e os dias pequenos! Mas o presente não é só teu... Vais entregá-lo à pessoa mais SINCERA."

* "Ser sincero(a) e fiel é ser uma pessoa em quem se pode confiar. Tomara que haja mais pessoas como tu! Não fiques com o presente, sê sincero(a)... Entrega-o à pessoa mais SIMPÁTICA."

* "Nós admiramos-te pelo teu charme. Dá lá uma voltinha... Mas não penses em ficar com o presente. Passa-o à pessoa mais QUERIDA."

* "Cultiva esse dom todos os dias da tua vida e serás sempre muito querido(a). Este presente não é só teu... Entrega-o à pessoa mais SONHADORA."

* "Que bom que é sonhar! O sonho mantém-nos vivos, mas tu sonhas demais, sim... o presente não é só teu, foi apenas um sonho... Agora passa-o para a pessoa mais SÉRIA."

* "A seriedade não impediu que fizesses parte deste momento de confraternização, tão importante para nós. E, falando sério com alguém tão sério, este presente não te pertence. Passa-o à pessoa mais BRINCALHONA."

* "Tu já brincaste com toda a gente e várias vezes. Mas não há problema, porque nós sabemos que essa é a tua forma de demonstrar que gostas de todos. Que engraçado, parece a brincar, mas o presente não é só teu! Passa-o à pessoa mais CALADA."

* "Então foste tu que neste período de tempo pouco falaste! Pois, quase não ouvimos a tua voz. Podes aproveitar agora para falar um pouco mais e passar este presente à pessoa mais INQUIETA."

* "Tu não tens páras, pareces movido(a) a electricidade. Temos a impressão de estás sempre ligado à corrente. Pára um pouco, pelo menos para entregar o presente à pessoa mais RESMUNGONA."

* "Resmungaste, resmungaste e não adiantou nada. Vá, não resmungues agora, o presente não é só teu. Passa-o à pessoa mais MANDONA."

* "Pois é, mandas-te algumas vezes, mas nem sempre foste obedecido(a). Hoje és tu que vais receber uma ordem! Passa agora o presente à pessoa mais AMIGA."

* "Foste eleito(a) a pessoa mais amiga. Demonstra tua amizade dividindo o presente com todos os teus amigos, que estão a partilhar contigo este momento tão especial, que é o de estar em confraternização."

Dinâmicas de Grupo

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental –
Hospital de Braga

DINÂMICA DE GRUPO

[Caça ao Tesouro]

Data: 23 de Outubro de 2009

Hora: 10h

Local: Sala de actividades

Dinamizadores: Enf.º Paulo Cerqueira / Enf.ª Lígia Pires

1. Apresentação oral

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenientes: Utentes internados na unidade de agudos homens do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga

2. Aquecimento/Quebra-gelo: Relaxamento físico: [Técnica de Kermani (adaptado)]

Objectivo

Promover um ambiente relaxado e descontraído no grupo

Material/Ambiente

Sofás

Sala de actividades

Tempo determinado

10 min.

Procedimento

Iniciar o relaxamento, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche os olhos... Respire profundamente...”

Inspire... Expire... (3x)

Agora, pense nas diferentes partes do seu corpo, reconhecendo-as como parte de si e verificando se elas se sentem descontraídas e confortáveis.

Comece por centrar a sua atenção nos pés... primeiro os dedos dos pés... seguindo para os tornozelos... para as canelas e a barriga das pernas... passando pelos joelhos... ao longo das coxas... do abdómen... depois o tórax.

Continue a respirar...

Pense agora nos ombros... Passando para baixo para os cotovelos... pelos antebraços... e pelos pulsos... mãos e dedos. Tome consciência mesmo da ponta dos dedos.

A seguir, concentre-se na parte inferior da coluna e da pélvis... dê atenção à região lombar... subindo para a parte de trás do tórax e para as omoplatas... continuando a subir pela nuca e para o crânio... para o alto da cabeça... depois desça lentamente pela testa... terminando no maxilar inferior... sinta que cada parte do seu corpo está descontraída...

Inspire... Expire... (3x)

Para finalizar... lentamente, comece a ficar consciente de tudo o que o rodeia... mexa suavemente os braços... e as pernas... e, quando quiser, abra os olhos..."

3. Actividade Principal: [Caça ao Tesouro]

Diagnósticos de enfermagem

Interação/ Relação social diminuída

Objectivos

Promover a apresentação do grupo;

Facilitar a identificação de pessoas e memorização dos nomes;

Promover a integração e interacção social;

Ajudar os utentes a adaptarem-se ao contexto de internamento.

Número de participantes: 16 Elementos

Material/Recursos

16 Folhas com lista de descrições (ver procedimento)

16 Canetas

Ambiente/Clima

Local Fechado

Isento de ruídos ou odores

[Sala de actividades]

Tempo determinado: 40 min.

Procedimento

1. É explicado aos participantes que com esta actividade todos terão uma oportunidade de se conhecerem.
2. Cada participante recebe uma lista de descrições (abaixo) e uma caneta.
3. A partir da lista de descrições, cada um deve encontrar uma pessoa que se encaixe em cada item e pedir a essa mesma pessoa que assine o seu nome à frente (ou abaixo) do item da lista.

Lista de descrições

1. Alguém com a mesma cor de olhos que os seus
2. Alguém que viva numa casa sem fumadores
3. Alguém que já tenha morado noutra cidade que não Braga
4. Alguém cujo primeiro nome tenha mais de seis letras
5. Alguém que use óculos
6. Alguém que esteja com uma camisola da mesma cor que a sua
7. Alguém que goste da cor amarelo
8. Alguém que tenha a mesma idade que a sua

9. Alguém que esteja de meias brancas

10. Alguém que tenha um animal de estimação

Perguntas e Conclusões

Revisão da dinâmica de grupo

Os participantes verbalizam os benefícios terapêuticos da actividade

4. Resgate

Os participantes dão o seu parecer acerca da dinâmica de grupo realizada (Feedback).

O momento da síntese final, permite atitudes avaliativas (iniciativa, bom-senso, capacidade de manter diálogo, coerência) e de encaminhamento.

AVALIAÇÃO

A dinâmica de grupo realizou-se conforme delineado, pois tendo em consideração os objectivos previamente estabelecidos, todos os utentes internados no dia da actividade demonstraram vontade de cooperar. Assim, não houve necessidade de qualquer alteração de procedimentos, tendo decorrido dentro do período de tempo previsto (cerca de 40 min.).

Inicialmente, alguns dos utentes encontravam-se prudentemente ansiosos e até com alguma renitência, na perspectiva do que iria suceder, contudo com o decorrer da actividade, foram-se desinibindo, participando activamente, com empenho e motivação. No final, após alguns estímulos durante a dinâmica, demonstraram iniciativa, bom-senso e capacidade para dialogar espontânea e socialmente.

Os objectivos delineados previamente foram atingidos satisfatoriamente, tendo em conta que todos os participantes interagiram positivamente em grupo, passando a

conhecer-se melhor e, conseqüentemente, adaptando-se mais facilmente à situação de internamento.

No geral, todos os utentes verbalizaram gosto e satisfação na realização da actividade, mencionando várias vantagens na realização da mesma, tais como a interacção do grupo e a ocupação do tempo livre, proporcionando um ambiente mais descontraído.

DINÂMICA DE GRUPO

[As cadeiras]

Data: 27 de Outubro de 2009

Hora: 10h

Local: Sala de actividades

Dinamizadores: Enf.^a Lúgia Pires / Enf.^o Paulo Cerqueira

1. Apresentação oral

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenientes: Utentes internados na Unidade de Agudos Homens do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga

2. Aquecimento/Quebra-gelo: [Relaxamento Físico]

Objectivo

Promover um ambiente relaxado e descontraído no grupo

Diminuir a exaltação inicial

Material/Ambiente

Sofás

Sala de actividades

Tempo determinado

10 min.

Procedimento

Iniciar o relaxamento, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche os olhos e concentre-se na sua respiração. [pausa]...

Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. [pausa]...

Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si [pausa]...

Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior [pausa].

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena [pausa]...

Por fim, relaxe os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz [pausa]...

Agora a sua respiração é totalmente suave, [pausa]...relaxada [pausa]... em paz [pausa]... e todos os seus músculos se encontram relaxados[pausa]...

Continuem a escutar a música, enquanto mantêm este estado de relaxamento...

[pausa de 5 minutos]

Lentamente, vão começar a despertar... vão prestar mais atenção aos sons ambientes, à música... prestar mais atenção à minha voz...[pausa]...

Lentamente vão começar a prestar mais atenção ao corpo, começando a sentir os membros, a cara, as costas, ao abdómen e o tórax... [pausa]...

Lentamente, conte até 5 e comece a abrir os olhos.”

3. Actividade Principal: [As Cadeiras]

Diagnósticos de enfermagem

Interacção/ Relação social diminuída

Auto-estima diminuída;

Comunicação expressiva diminuída;

Objectivos

Prover os utentes de melhores habilidades interpessoais e sociais;

Melhorar a comunicação entre os membros, reduzindo os conflitos interpessoais;

Contribuir para que os utentes compreendam as suas interacções no grupo e mudem comportamentos de relações interpessoais desadaptadas (Assertividade).

Número de participantes: 6 Elementos

Material/Recursos: Cadeiras

Ambiente/Clima

Sala Fechada e Isenta de ruídos ou odores

Tempo determinado: 50 min.

Procedimento

1. O dinamizador pede para que os participantes se juntem em pares.
2. Depois de todos os pares formados, o dinamizador escolhe um par, pedindo a um dos elementos para se sentar na cadeira e explicando ao participante que fica em pé, que terá de persuadir o primeiro a levantar-se da cadeira.
3. Cada dupla fará a mesma representação, embora com diferentes contextos/cenários

Situações / Cenários possíveis:

1. No teatro, encontra alguém sentado no seu lugar
2. No cinema, quando regressa do WC, encontra alguém sentado no seu lugar
3. No segundo dia de um curso de computadores que está a frequentar, encontra o seu lugar ocupado por um colega
4. É o dono de um restaurante e está na hora de fechar, mas ainda se encontra um cliente sentado na sala de refeições
5. Em casa, chame o seu filho para jantar

6. É uma pessoa idosa e precisa de se sentar no autocarro que tem todos os lugares sentados ocupados
7. É enfermeiro e quer levar o doente para a cama
8. O avião está a cair e um passageiro insiste em manter-se sentado no seu lugar
9. É dentista e o último cliente do dia continua sentado na cadeira

Perguntas e Conclusões

Revisão da dinâmica de grupo

Os participantes verbalizam os benefícios terapêuticos da actividade

4. Resgate

Os participantes dão o seu parecer acerca da dinâmica de grupo realizada (Feedback).

O momento da síntese final, permite atitudes avaliativas (iniciativa, bom-senso, comunicação, coerência, sentimentos e comportamentos) e de encaminhamento.

AVALIAÇÃO

A dinâmica de grupo realizou-se conforme delineado, tendo em atenção os diagnósticos de enfermagem e objectivos estabelecidos anteriormente. Tendo já havido um contacto prévio entre intervenientes e participantes, assim como, o hetero-conhecimento intergrupar, os seis utentes seleccionados demonstraram empenho e motivação na realização da dinâmica de grupo que decorreu dentro do período de tempo conjecturado (cerca de 50 min.).

Alguns utentes sentiram um certo embaraço em interagir com o parceiro através de uma comunicação expressiva e eficaz, sendo notória a presença de uma baixa auto-estima, que superaram com dificuldade e empenho, mas também muito apoio. Outros, facilmente entraram na dinâmica da actividade, adoptando comportamentos assertivos e uma comunicação convincente e segura.

Genericamente, com maior ou menor contrariedade, todos os participantes atingiram os objectivos traçados, tendo treinado algumas habilidades interpessoais e sociais e melhorando a sua comunicação sem criar conflitos, interagindo, desta forma, assertivamente em grupo.

Os benefícios terapêuticos verbalizados pelo grupo prendem-se com o facto de terem tido a oportunidade de treinar e aprender uma comunicação activa e eficaz com os parceiros, mesmo em situações mais constrangedoras, adoptando comportamentos assertivos, que visam relações interpessoais adaptadas aos diferentes contextos do dia-a-dia. Referiram ainda grande satisfação na sua realização, embora tenham sentido alguma dificuldade em interagir inicialmente.

DINÂMICA DE GRUPO

[Valorização Pessoal]

Data: 13 de Novembro de 2009

Hora: 14h

Local: Sala de actividades

Dinamizadores: Enf.^a Lúgia Pires / Enf.^o Paulo Cerqueira

1. Apresentação oral

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenientes: Utentes internados na Unidade de Agudos Homens do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga

2. Aquecimento/Quebra-gelo: [Relaxamento Físico]

Objectivo

Promover um ambiente relaxado e descontraído no grupo

Diminuir a exaltação inicial

Material/Ambiente

Sofás

Sala de actividades

Tempo determinado

5-10 min.

Procedimento

Iniciar o relaxamento, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche os olhos e concentre-se na sua respiração. [pausa]...

Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. [pausa]...

Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si [pausa]...

Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior [pausa].

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena [pausa]...

Por fim, relaxe os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz [pausa]...

Agora a sua respiração é totalmente suave, [pausa]...relaxada [pausa]... em paz [pausa]... e todos os seus músculos se encontram relaxados[pausa]...

Continuem a escutar a música, enquanto mantêm este estado de relaxamento...

[pausa de 5 minutos]

Lentamente, vão começar a despertar... vão prestar mais atenção aos sons ambientes, à música... prestar mais atenção à minha voz...[pausa]...

Lentamente vão começar a prestar mais atenção ao corpo, começando a sentir os membros, a cara, as costas, ao abdómen e o tórax... [pausa]...

Lentamente, conte até 5 e comece a abrir os olhos.”

3. Actividade Principal: [Valorização Pessoal]

Diagnósticos de enfermagem

Auto-conhecimento, demonstrado em grau reduzido

Auto-estima diminuída

Objectivos

Proporcionar a auto-consciencialização dos valores individuais

Reconhecer e reflectir sobre os próprios valores e os valores dos outros elementos do grupo

Promover o desenvolvimento do grupo através da inter-ajuda

Número de participantes: 12 Elementos

Material/Recursos: Cadeiras

Ambiente/Clima

Local Fechado

Isento de ruídos ou odores

[Sala de actividades]

Tempo determinado: 40 min.

Procedimento

4. Cada elemento do grupo recebe um cartão com um determinado valor por exemplo: optimismo, alegria, esperança, sinceridade, honestidade...;
5. É proporcionado um momento de reflexão individual sobre o valor referido no cartão;
6. Cada elemento verbaliza, se possui ou não o valor escrito no cartão, justificando-se e referindo, de seguida, outros valores que considere ter;
7. No final, cada elemento partilha com o grupo, como se sentiu no correr da actividade, assim como os valores que descobriu em si e nos outros elementos;
5. Os técnicos reforçam a importância de acreditarmos em nós mesmos e de valorizarmos as nossas características e capacidades;
6. Os utentes colocam no centro do grupo os cartões com as características/valores que consideram importantes na equipa terapêutica;
7. Os cartões com as características que os utentes consideram que a equipa deve ter são afixados no mural da sala de trabalhos.

Perguntas e Conclusões

Revisão da dinâmica de grupo

Os participantes verbalizam os benefícios terapêuticos da actividade

4. Resgate

Os participantes dão o seu parecer acerca da dinâmica de grupo realizada (Feedback).

O momento da síntese final, permite atitudes avaliativas (percepção individual, expressão verbal de sentimentos, linguagem não verbal, partilha de emoções) e de encaminhamento.

AVALIAÇÃO

A dinâmica de grupo realizou-se conforme previsto e delineado, decorrendo dentro do período de tempo suposto (cerca de 50 min.), tendo em atenção os diagnósticos de enfermagem e objectivos estabelecidos anteriormente. O grupo interagiu de forma empenhada e todos os elementos falaram sobre o valor atribuído, exprimindo sentimentos relativos ao valor em questão.

Foi possível verificar que a maioria não considera ser dotada de um grande número de valores, demonstrando contudo consciência dos principais valores que caracterizam a sua personalidade.

Ao nível da linguagem não verbal, inicialmente, foi perceptível uma ligeira tensão que diminuiu com o decorrer da dinâmica, sendo que no final predominava a boa disposição entre todos os participantes.

Dinâmicas de Grupo

Serviço de Reabilitação da Casa de Saúde de
Bom Jesus

DINÂMICA DE GRUPO

[Eu e os Grupos]

Data: 23 de Janeiro de 2010

Hora: 18h

Local: Residência Sta. Teresa

Dinamizadores: Enf.^a Lúgia Pires / Enf.^o Paulo Cerqueira

1. Apresentação oral

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenientes: Utentes internadas no Serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga

2. Aquecimento/Quebra-gelo: Relaxamento físico: [Técnica de Kermani (adaptado)]

Objectivo

Promover um ambiente relaxado e descontraído no grupo

Material/Ambiente

Sofás

Sala de actividades

Tempo determinado

10 min.

Procedimento

Iniciar o relaxamento, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche os olhos... Respire profundamente...

Inspire... Expire... (3x)

Agora, pense nas diferentes partes do seu corpo, reconhecendo-as como parte de si e verificando se elas se sentem descontraídas e confortáveis.

Comece por centrar a sua atenção nos pés... primeiro os dedos dos pés... seguindo para os tornozelos... para as canelas e a barriga das pernas... passando pelos joelhos... ao longo das coxas... do abdómen... depois o tórax.

Continue a respirar...

Pense agora nos ombros... Passando para baixo para os cotovelos... pelos antebraços... e pelos pulsos... mãos e dedos. Tome consciência mesmo da ponta dos dedos.

A seguir, concentre-se na parte inferior da coluna e da pélvis... dê atenção à região lombar... subindo para a parte de trás do tórax e para as omoplatas... continuando a subir pela nuca e para o crânio... para o alto da cabeça... depois desça lentamente pela testa... terminando no maxilar inferior... sinta que cada parte do seu corpo está descontraída...

Inspire... Expire... (3x)

Para finalizar... lentamente, comece a ficar consciente de tudo o que o rodeia... mexa suavemente os braços... e as pernas... e, quando quiser, abra os olhos..."

3. Actividade Principal: [Eu e os grupos]

Diagnósticos de enfermagem

Interacção/ Relação social diminuída

Objectivos

Promover a integração e interacção social;

Melhorar a comunicação entre os membros, reduzindo os conflitos interpessoais;

Aumentar a consciência dos doentes sobre si mesmos através da interacção com os outros membros do grupo, que fornecem feedback acerca do seu comportamento;

Prover os doentes de melhores habilidades interpessoais e sociais.

Número de participantes: 7 Elementos

Material/Recursos

Questionário “Eu e os grupos”

Canetas

Ambiente/Clima: Local Fechado e isento de ruídos ou odores

Tempo determinado: 40 min.

Procedimento

8. Explicar aos participantes que com esta actividade todos terão oportunidade de se conhecerem melhor a nível pessoal;
9. Formar pares e entregar um questionário e uma caneta a cada participante;
10. Pedir que cada um responda individualmente a cada uma das questões contidas no questionário, preenchendo o espaço em branco para esse efeito;
11. Depois de todo o questionário preenchido, solicitar que cada par troque de questionário entre si, devendo cada uma comentar as 3 respostas que mais a surpreenderam ou que desconhecia na outra pessoa (par respectivo).

Questionário: “Eu e os grupos”

1. A minha actividade favorita é
2. Fico feliz quando
3. Não gosto
4. Não fico seguro quando
5. O melhor que me aconteceu foi
6. Eu penso que
7. Eu gosto de
8. Penso que o que os meus amigos gostam em mim é
9. Eu sou
10. Eu quero

11. Ensinei alguém a
12. Consegui
13. Trabalho melhor quando
14. Quando entro num grupo novo eu
15. Uma das minhas qualidades é

Perguntas e Conclusões

Revisão da dinâmica de grupo

Os participantes verbalizam os benefícios terapêuticos da actividade

4. Resgate

Os participantes dão o seu parecer acerca da dinâmica de grupo realizada (Feedback).

O momento da síntese final, permite atitudes avaliativas (iniciativa, bom-senso, capacidade de manter diálogo, coerência) e de encaminhamento.

AVALIAÇÃO

A dinâmica de grupo realizou-se conforme planeado, pois tendo em consideração os objectivos previamente estabelecidos, as 7 utentes do serviço de reabilitação demonstraram vontade de participar. Assim, não houve necessidade de qualquer alteração de procedimentos, tendo decorrido dentro do período de tempo previsto (cerca de 40 min.).

Na fase inicial estava patente alguma ansiedade e até renitência por parte das utentes, na perspectiva do que iria suceder, contudo com o decorrer da actividade, foram-se desinibindo, participando activamente, com empenho e motivação. No final, após alguns estímulos durante a dinâmica, demonstraram iniciativa, bom-senso e capacidade para dialogar espontânea e socialmente, partilhando vivências e

experiências de vida.

Os objectivos delineados previamente foram atingidos satisfatoriamente, tendo em conta que todas as participantes interagiram positivamente em grupo, passando a conhecer-se melhor e, conseqüentemente, proporcionando uma maior adaptação à vivência em conjunto.

No geral, todas as utentes verbalizaram bem-estar e satisfação na realização da actividade, mencionando várias vantagens na realização da mesma, tais como a interacção do grupo e a ocupação do tempo livre, proporcionando um ambiente mais descontraído.

ANEXO V

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE TREINO PARA A GESTÃO DA
MEDICAÇÃO

Implementação do Programa de Treino

Gestão da medicação

Lígia Pires e Paulo Cerqueira

APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TREINO:

“Gestão da Medicação”

Data: 6 de Janeiro de 2010

Hora: 18h

Local: Residência Sta. Teresa

Dinamizadores: Enf.^a Lúcia Pires / Enf.^o Paulo Cerqueira

1. Apresentação oral

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenientes: Utentes internadas no Serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga

2. Aquecimento/Quebra-gelo: [As gravuras]

Objectivo

Promover a apresentação individual de valores pessoais

Promover o exercício da comunicação

Promover um ambiente relaxado e descontraído no grupo

Material/Ambiente

Gravuras, fotos ou desenhos recortados de revistas

Portátil com música de fundo

Sofás ou cadeiras

Tempo determinado

20 min.

Procedimento

1. Colocar a música de fundo e todo o material numa mesa, no centro da sala;
2. Em círculo pedir aos participantes, que observem todas as imagens, fotos ou desenhos dispersos na mesa;
3. Solicitar aos participantes que escolham duas imagens: uma que transmita tranquilidade e uma que transmita algo negativo;
4. Ao terminar a música, solicitar que cada participante se apresente, individualmente, da forma que melhor convier e, na sequência, explique o porquê de ter escolhido as imagens e como se identifica com elas.

3. Actividade Principal: [Apresentação do programa de treino: Gestão da medicação]

Fenómenos de enfermagem

Adesão ao regime terapêutico

Gestão do regime terapêutico

Conhecimento

Objectivos

Apresentar o programa de treino: “Gestão da medicação”

Apresentar os objectivos e dinâmica do programa

Metodologia

Expositivo/Participativo

Conteúdos

Sessões constituintes do programa

Objectivos do programa

Exploração dos conhecimentos individuais da utente

Compreensão da importância do programa

Número de participantes

15 Elementos

Material/Recursos

Não necessita de material

Ambiente/Clima

Local Fechado

Isento de ruídos ou odores

Tempo determinado

10 min.

Perguntas e Conclusões

Revisão do programa de treino

Os participantes verbalizam os benefícios terapêuticos do programa de treino

4. Finalização: [Relaxamento Físico]

Iniciar o relaxamento, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche os olhos e concentre-se na sua respiração... [pausa]

Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda... [pausa]

Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si... [pausa]

Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior... [pausa]

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena... [pausa]

Por fim, relaxe os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz... [pausa]

Agora a sua respiração é totalmente suave, [pausa] relaxada... [pausa], em paz... [pausa] e todos os seus músculos se encontram relaxados... [pausa]

Continuem a escutar a música, enquanto mantêm este estado de relaxamento...

[pausa de 5 minutos]

Lentamente, vão começar a despertar... vão prestar mais atenção aos sons ambientes, à música... prestar mais atenção à minha voz... [pausa]

Lentamente vão começar a prestar mais atenção ao corpo, começando a sentir os membros, a cara, as costas, ao abdómen e o tórax... [pausa]

Lentamente, conte até 5 e comece a abrir os olhos."

5. Resgate

Os participantes dão o seu parecer acerca da actividade realizada (Feedback).

O momento da síntese final, permite atitudes avaliativas (iniciativa, bom-senso, capacidade de manter diálogo, coerência) e de encaminhamento.

Slides de Apoio

01-03-2010

Programa "Gestão da Medicação"
Sessão nº 2

Aspectos que devo conhecer sobre a medicação




Inf' Liga e Inf' Pêlo Alunos do 1ºBDF/LCF

O que é a medicação?

• "toda a substância ou associação de substâncias que possui propriedades curativas ou preventivas de doenças ou dos seus sintomas (...)"


Farmacopéia Portuguesa



• Como me sinto com a medicação?


Porquê que temos que tomar medicação?

- Para prevenir o aparecimento de doenças (vacinas e anticoncecionais).
- Para repor moléculas em falta ou que o nosso corpo tenha deixado de produzir (vitaminas, insulina).



Porquê que temos que tomar medicação?

- Para tratar uma doença (antibióticos).
- Para diminuir ou eliminar os sintomas sem eliminar a doença (medicação de colústrria).



Precisam de tomar medicação porque:



Possuem uma doença grave e crónica

Precisam de tomar medicação porque:



Se deixarem de a tomar o vosso estado de saúde agrava-se novamente.

Precisam de tomar medicação porque:



Os medicamentos ajudam a controlar os sintomas da doença.

Questões mais frequentes



Os medicamentos que tomamos "resolvem problemas" ou apenas aumentam a nossa qualidade de vida?

- Aumentam a qualidade de vida porque ajudam de forma a melhorar as capacidades mentais da pessoa.
- Praticamente, seria desajustar que a pessoa viver sem eles e sem qualquer outro tipo de medicação, por exemplo seria desajustar também que ninguém usasse fraldas...
- Contudo, a medicação tem assegurado e suficiente para fazer com que o doente mental tenha uma vida mais próxima do normal.

Para perceberem mais facilmente:

- Os medicamentos funcionam como um controlado, onde muito se agarram para terem equilíbrio suficiente a subir uma escada muito alta. O controlado apenas dá sustentação mas quem sobe a escada é a pessoa.

Os medicamentos para os problemas mentais viciam?

não

- Atualmente, a maioria dos medicamentos usados pela psiquiatria não causam, por si mesmos, dependência.
- As situações de dependência são, normalmente, mais relacionadas com a vulnerabilidade da pessoa do que com o medicamento.
- Há, mesmo assim, ainda existem medicamentos capazes de proporcionar crises de abstinência quando há interrupção abrupta de seu uso. Por isso, a retirada de medicação deve ser preferencialmente gradual e acompanhada pelo médico.

Os medicamentos perdem o efeito com o tempo?

não

- Quando os medicamentos parecem "perder o efeito" é necessário tomar doses maiores para se obter o mesmo resultado, chamamos de tolerância ao medicamento.

- Atualmente propõem-se medicamentos desarmados tolerância.

Muitas vezes, a pessoa sente-se muito bem no início do tratamento porque não há sintomas mas há muito tempo. Depois de algum tempo de tratamento, como qualquer ser humano normal, tem outras experiências.

É como quando compramos uma roupa nova nos primeiros tempos sentimos mais satisfação, mas depois já começamos a pensar em trocá-la por outra.

Dúvidas, sentimentos, percepções e medos?

Conclusão



A interrupção de um tratamento psiquiátrico leva ao risco de recaída com um forte impacto negativo no equilíbrio dos doentes, na sua autonomia e no bem-estar das suas famílias. Um tratamento bem sucedido melhora a funcionalidade geral diminuindo a sobrecarga da doença.

Nota final...



Não se esqueçam que a responsabilidade de tomar a medicação é vossa e a vossa reabilitação depende da forma como cuidam de vocês mesmas.

Avaliação

A principal função da medicação para a doença mental é eliminar os sintomas sem eliminar a doença.

- a) Verdadeira
- b) Falsa

Os medicamentos que tomamos para a nossa principal doença perdem o efeito com o tempo.

- a) Verdadeira
- b) Falsa

Posso deixar de tomar a medicação quando me sentir bem sem pedir conselhos a ninguém.

a) Verdadeira
b) Falsa

FIM

Copyright © 2010

ANEXO VI

PROGRAMA DE TREINO PARA A GESTÃO DA MEDICAÇÃO



PROGRAMA DE TREINO

(GESTÃO DA MEDICAÇÃO)

INSTITUTO DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

PROGRAMA DE TREINO

(GESTÃO DA MEDICAÇÃO)

PROJECTO VIVER COM AJUDA

BRAGA

O presente manual foi elaborado no âmbito do I Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Universidade Católica Portuguesa – Porto, enquadrando-se no Modulo I - Intervenção a nível de promoção de estilos de vida saudáveis, a realizar-se no serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga, no período de tempo compreendido entre 12 de Maio e 5 de Julho de 2008.

Autores:

Ana Rita Parra Gonçalves e Bruno Miguel Costa Santos

Publico Alvo:

Utentes do Serviço de Reabilitação da CSBJ

Responsável pelo Programa:

Enfermeiros do Serviço de Reabilitação

INTRODUÇÃO AO PROGRAMA

Um dos objectivos da reabilitação consiste na emancipação do utente, procurando criar oportunidades para que pessoas com diagnóstico de doença mental vivam, aprendam e trabalhem em suas próprias comunidades¹⁷. Daí ser necessária assistência por parte das equipas de reabilitação no desenvolvimento das aptidões sociais.¹⁸

Segundo CORDO (2003) um dos exemplos de programas facilitadores da reabilitação dos doentes mentais é a preparação para a gestão da medicação.

Neste sentido será aqui apresentado um manual para os enfermeiros afectos ao serviço de Reabilitação da CSBJ, permitindo percorrer uma série de etapas procurando a autonomia das utentes na preparação e toma da sua medicação, atribuindo-lhes a responsabilidade de uma

¹⁷ STUART E LARAIA (2001)

¹⁸ CORDO (2003)

das suas actividades instrumentais de vida diárias, procurando interligar a medicação com a própria consciencialização da sua doença e da importância da medicação no tratamento desta.

O não conhecimento dos medicamentos e o não cumprimento conforme prescrição coloca os utentes em risco para maus resultados do tratamento.

Por vezes simples alterações na toma da medicação, como p.ex. esquecer a toma de um medicamento, alteração do horário sem indicação profissional, comer determinados alimentos, entre outros, pode levar a efeitos indesejados.

Segundo STUART E LARAIA (2001) um estudo com 253 pacientes psiquiátricos que receberam alta hospitalar nos EUA, descreve que mais de metade dos utentes não conheciam o nome e a dosagem dos seus medicamentos psiquiátricos e o motivo pelo que os tomavam, embora tivessem recebido instruções sobre o medicamento tanto em grupo como individualmente durante a hospitalização. Para os autores os resultados sugerem a necessidade de existirem

formas mais activas de educação sobre medicamentos como por exemplo a auto-preparação e auto-administração supervisionada previamente à autonomia do utente sobre esta.

Muitos utentes diminuem ou suspendem por completo a toma da medicação assim que se sentem melhor. Os utentes descrevem também alguns receios, como por exemplo o receio de ficar dependentes na medicação e de estarem a prejudicar a sua saúde.

STUART E LARAIA (2001) acrescentam que muitos utentes sentem vergonha e discriminação por estarem a tomar medicação de psiquiatria, por ser sinal que estão doentes.

É importantes os enfermeiros compreenderem que a qualidade do relacionamento com os utentes e o vigor da aliança terapêutica exercem um papel extremamente importante na adesão do utente ao plano de tratamento farmacológico e afectam o seu processo de recuperação, pois é essa aliança terapêutica que permite ao profissional *chegar* até ao utente, aos seus receios, angústias, dúvidas, problemas e necessidades.

Por exemplo, é importante que os enfermeiros consigam esclarecer o utente sobre o uso do medicamento e o impacto positivo que ele pode ter sobre todos os aspectos da sua vida, podendo ajudar a reenquadrar a questão da medicação de um modo que promova a sua adesão.

Objectivo Geral

- Melhorar a autonomia das utentes na gestão da sua própria medicação.

Objectivos Específicos

- Aumentar os conhecimentos das utentes neste âmbito;
- Sensibilizar as utentes para a importância da toma da medicação;
- Ensinar/treinar as utentes a preparar a sua própria medicação.

Pretende-se que estes momentos de aprendizagem da preparação da medicação não se resumam apenas ao colocar os comprimidos correctamente numa caixa de medicação, mas que vise outros objectivos interligados:

- Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- A identificação de problemas de saúde neste âmbito e noutros;
- A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
- A formulação de diagnósticos de enfermagem detectados;
- Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;
- Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação e resposta do utente.

FENÓMENOS DE ENFERMAGEM

Para definir algumas áreas de Enfermagem de maior intervenção neste programa, detectou-se alguns fenómenos:

- **Adesão ao regime terapêutico;**
- **Gestão do regime terapêutico;**
- **Conhecimento;**
- **Aprendizagem de capacidades;**
- **Adaptação;**
- **Aceitação do estado de saúde;**

Os *status* a atribuir assim como as intervenções de enfermagem necessárias dependerão da avaliação continua de cada utente, delineando se necessário acções neste âmbito.

FACTORES DE RISCO PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

INTERVENÇÕES IMPORTANTES NA EDUCAÇÃO SOBRE

MEDICAÇÃO

A seguir são apresentados alguns aspectos que os enfermeiros devem observar na concretização das sessões deste programa.

Alguns Factores de Risco para a Não Adesão ao Tratamento

- Insucesso em formar uma aliança terapêutica com o paciente;
- Desvalorização da farmacoterapia pela equipa;
- Educação inadequada do paciente e da família quanto ao tratamento;
- Efeitos secundários mal-controlados;
- Insensibilidade às convicções, desejos, queixas ou oposição do utente à ideia de tomar medicamentos;
- Multiplicidade de fármacos;
- História de não adesão;
- Isolamento social;
- Custo do medicamento;
- Falta de continuidade de cuidados;
- Aumento das restrições ao estilo de vida do paciente;
- Falta de apoio das pessoas próximas do utente;
- Remissão dos sintomas alvos;

- Aumento da ideação suicida;
- Aumento das suspeitas do paciente;
- Expectativas irrealistas do efeito do medicamento;
- Recaída ou exacerbação da doença;
- Stress elevado potenciado por factores ambientais;
- Discriminação.

Adaptado de STUART E LARAIA (2001)

Intervenções na Educação sobre Medicamentos Prescritos

- Instruir a reconhecer as características distintas de cada medicamento;
- Informar sobre nomes *de princípio activo, genéricos* e comerciais;
- Instruir sobre finalidade e acção de cada medicamento;
- Instruir sobre a dosagem, via de administração e duração do efeito;
- Instruir o utente sobre administração apropriada de cada medicamento;
- Avaliar a capacidade de o utente auto-administrar o medicamento;
- Instruir o utente a executar procedimentos necessários antes de administrar um medicamento;
- Informar sobre as consequências de não tomar ou descontinuar subitamente um medicamento;
- Instruir sobre precauções específicas a observar quando toma os medicamentos (como não conduzir ou usar máquinas eléctricas);
- Instruir sobre possíveis efeitos de cada medicamento;
- Instruir sobre como aliviar ou atenuar certos efeitos secundários;
- Instruir sobre medidas adequadas a tomar se ocorrerem esses efeitos secundários;
- Instruir sobre sinais e sintomas de dosagem excessiva ou abaixo do normal;
- Informar sobre possíveis interacções com outras drogas e alimentos;
- Instruir sobre armazenamento adequado dos medicamentos;
- Instruir sobre manuseamento adequado dos medicamentos e componentes associados;
- Auxiliar o paciente a anotar e compreender os horários da prescrição;
- Instruir o utente a trazer sempre consigo a informação sobre o regime terapêutico;
- Instruir o utente sobre a obtenção de receitas na comunidade;
- Informar sobre possíveis mudanças na aparência ou na dosagem ao comprar medicamentos genéricos;
- Alertar para os prazos de validade e consequências de utilização em casos de expiração dessa validade;
- Alertar utente sobre riscos de dar os seus medicamentos a outras pessoas e utilizar os medicamentos de outros;
- Determinar a capacidade do paciente obter os medicamentos necessários na comunidade;
- Oferecer informações sobre apoios e comparticipação de medicamentos;
- Oferecer informações sobre dispositivos para alertar utente do horário e materiais de armazenamentos e como obtê-los;
- Reforçar informações oferecidas por outros membros da equipa de saúde;

- Incluir familiares e outras pessoas significativas se apropriado.

Adaptado de STUART E LARAIA (2001), Adaptado de NIC

RELAÇÃO DE AJUDA

Os quadros anteriormente apresentados são um auxílio para efectuar um correcto ensino durante programas de adesão ao regime terapêutico, na medida que nos permitem guiar por alguns aspectos relevantes, mas nem sempre latentes nas necessidades dos utentes. Não obstante, estes são apenas exemplos de aspectos importantes a abordar, podendo ser referenciados muitos outros, que por vezes estão apenas relacionados particularmente com cada utente. Daí que uma abordagem individualizada o mais possível é sempre o preconizado.

Mais importante, que seguir algum manual auxiliar, é incentivar o utente a colocar todas as suas dúvidas, medos, problemas e preocupações sobre a medicação, o que só será possível existindo uma relação de ajuda.

Estes aspectos realçam a importância de neste tipo de programa aqui apresentado, efectuar-se um ensino direccionado para vários factores relacionados com a medicação e que não podem estar indissociáveis da própria doença mental, de factores ambientais de contexto social e de factores intrínsecos à pessoa com doença.

É importante que os enfermeiros afectos a este programa compreendam que a qualidade do relacionamento entre enfermeiro e utente exerce um papel fulcral na adesão do utente ao plano de tratamento farmacológico e interfere no seu processo de recuperação, pois é essa aliança terapêutica que permite ao profissional *chegar* até ao utente, aos seus receios, angustias, duvidas, problemas e necessidades.

FASES DO PROGRAMA

Será apresentado um conjunto de sessões que abrangem ensinamentos a efectuar às utentes e metas a cumprir no âmbito da preparação da sua medicação, de forma que estas possam adquirir maior autonomia e responsabilidade numa das suas AIVD's.

FASE I

SESSÕES DE ENSINO

1ª SESSÃO – IMPORTÂNCIA DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

Objectivo: Sensibilização para a importância da adesão ao regime terapêutico e avaliação inicial de conhecimentos sobre esta temática.

Conteúdos:

- Medicação e sua importância;
- Educação para a adesão ao regime terapêutico;
- Falsos conceitos sobre medicação;
- Partilha de experiências neste âmbito;

Nº de utentes: Todas as utentes das unidades de reabilitação;

Avaliação: Aplicar critérios 1-2-3-7-8 da “Grelha de Avaliação”;

Local: Gabinete do stock de medicamentos;

Material: Data Show; PC;

Tempo estipulado: 60 min.

2ª SESSÃO - APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA “GESTÃO DA MEDICAÇÃO”

Objectivo: Apresentação do programa/objectivos e sensibilização para sua importância.

Conteúdos:

- Sessões constituintes do programa e objectivos do programa;
- Exploração dos conhecimentos individuais da utente;
- Medicação e sua importância;

- Educação para a adesão ao regime terapêutico;
- Falsos mitos sobre medicação;

Nº de utentes: No máximo uma utente por formador (enfermeiro);

Avaliação: Aplicar critérios 1-2-3-4-7-8 da “Grelha de Avaliação”

Local: Gabinete do stock de medicamentos

Material: Papel; esferográfica; manual de programa;

Tempo estipulado: 25 min.

3ª SESSÃO - ENSINO DE PREPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Objectivo: Demonstração e ensino da preparação correcta da medicação.

Conteúdos:

- Revisão de sessão anterior;
- Efectuar Ensino sobre avaliações negativas na sessão anterior;
- Explicar o guia de prescrição da terapêutica;
- Apresentação da medicação (caixas de laboratório);
- Ensinar, demonstrando a preparação da medicação por tomas em “caixa de medicação semanal” (seguindo o guia da prescrição da terapêutica)
- Abordar possíveis ocorrências de erros;
- Sensibilização para responsabilidade de cumprir data de fármaco injectável de absorção prolongada (se aplicável);
- Ensinar a realização de pesquisa de glicemia capilar (se aplicável);
- Esclarecimento de dúvidas;

Nº de utentes: Presença máxima de duas utentes;

Avaliação: Aplicar critérios 1-2-3-4-7-8 da “Grelha de Avaliação”

Local: Gabinete de stock de medicamentos

Material: Papel, esferográficas; guias de medicação; manual de programa; Medicação dos utentes; “caixas pré-definidas de medicação semanal”

Tempo estipulado: 40 min.

4ª SESSÃO – PREPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO COM SUPERVISÃO NO PROCESSO

Objectivo: Preparação da medicação pelas utentes com auxílio do Enfermeiro.

Conteúdos:

- Revisão de sessão anterior;
- Efectuar ensino sobre avaliações negativas na sessão anterior;
- Auto-preparação da medicação pelas utentes, recorrendo ao guia;
- Supervisão contínua da auto-preparação da medicação;
- Abordar possíveis ocorrências de erros;
- Esclarecimento de dúvidas;

Nº de utentes: Presença máxima de duas utentes;

Avaliação: Aplicar critérios 1 a 8 da “Grelha de Avaliação”

Local: Gabinete do Stock de Medicamentos

Material: Papel, esferográficas; guias de medicação; manual de programa; Medicação dos utentes; “caixas pré-definidas de medicação semanal”;

Tempo estipulado: 40 min.

5ª SESSÃO – PREPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO COM SUPERVISÃO NO FINAL DO PROCESSO

Objectivo: Preparação da medicação pelas utentes sem auxílio.

Conteúdos:

- Revisão de sessão anterior;
- Efectuar ensino sobre avaliações negativas na sessão anterior;
- Auto-preparação da medicação pelas utentes, recorrendo ao guia;
- Verificação final pelo enfermeiro da correcta preparação da medicação
- Abordar possíveis ocorrências de erros;
- Esclarecimento de dúvidas;

Nº de utentes: Presença máxima de duas utentes;

Avaliação: Aplicar critérios 1 a 9 da “Grelha de Avaliação”;

Local: Gabinete do stock de medicamentos;

Material: Papel, esferográficas; guias de medicação; manual de programa; Medicação dos utentes; “caixas pré-definidas de medicação semanal”;

Tempo estipulado: 45 min.

6ª Sessão: Avaliação Final

Objectivo: Avaliação da capacidade de preparação da medicação pelas utentes sem auxílio;

Conteúdos:

- Revisão de sessão anterior;

- Efectuar ensino sobre avaliações negativas na sessão anterior;
- Auto-preparação da medicação pelas utentes, recorrendo ao guia;
- Observação de todo o processo pelo enfermeiro;
- Verificação final pelo enfermeiro da correcta preparação da medicação;
- Abordar possíveis ocorrências de erros;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Avaliação de conhecimentos e capacidades de preparação da medicação;
- Decisão de encaminhamento da utente.

Nº de utentes: Presença máxima de uma utente;

Avaliação: Aplicar critérios 1 a 10 da “Grelha de Avaliação”

Local: Gabinete do stock de medicamentos

Material: Papel, esferográficas; guias de medicação; manual de programa; Medicação dos utentes; “caixas pré-definidas de medicação semanal”;

Tempo estipulado: 40 min

II FASE
IMPLEMENTAÇÃO

1ª ETAPA:

Os utentes com avaliação positiva iniciam a preparação da sua medicação para uma semana, sem auxílio.

Será entregue a medicação preparada aos utentes para levarem para a sua residência.

Local: Gabinete do stock de medicamentos;

Período: 12 semanas;

Avaliação:

- Confirmação pelo enfermeiro da preparação correcta;
- Verificação esporádica nas residências da toma correcta da medicação;
- Aplicar “Grelha de Avaliação ”

2ª ETAPA:

Os utentes com avaliação positiva após 1ª etapa passam a preparar a sua medicação em casa, sendo-lhes fornecido as “caixas originais” com a medicação já contabilizada para uma semana.

MONITORIZAÇÃO:

- Vigiar alterações de comportamentos;
- A medicação será verificada por enfermeiro responsável de 15 em 15 dias e SOS;
- Efectuar avaliações periódicas da correcta preparação da medicação e SOS;
- Efectuar sessões de grupo sobre esta temática de 3 em 3 meses (para partilha de experiências e reforço de ensinios);
- Aplicar “Grelha de Avaliação” de 6 em 6 meses e SOS;

ALTERAÇÕES DE TERAPÊUTICA:

- Informar utente da devida alteração;
- Efectuar respectiva alteração no guia da medicação da utente;
- Efectuar novo ensino da preparação da medicação;
- Avaliar novamente capacidade de preparação.

Nota: Para auxiliar na avaliação das sessões estruturamos uma grelha que servirá de guia na avaliação intermédia e final das utentes que inserem o programa.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
(GESTÃO DA MEDICAÇÃO)

Critérios de Avaliação Final da Gestão da Medicação

	N	I	P
--	---	---	---

1.Importância da Medicação

1.1 - Reconhece Importância da Medicação			
1.2 - Ausência de Falsos conceitos			
1.3 - Compreende a importância do programa			

2.Responsabilidade pela sua Medicação

2.1 - Reconhece necessidade de tomar medicação no seu caso			
2.2 - Reconhece a importância da toma correcta da sua medicação			
2.3 - Assume total responsabilidade pela sua medicação			

3.Motivação para adesão terapêutica

3.1 - Está motivado para adesão à terapêutica			
3.2 - Está motivado para integrar programa			

4.Limitações presentes

5.1 - Sabe Ler			
5.2 - Capacidade de efectuar Associações de símbolos e imagens			
5.3 - Sem outras Limitações			

5.Preparação da Medicação

4.1 - Sem dificuldades			
4.2 - Preparação correcta			
4.3 - Autonomia na Preparação			

6.Evolução da Aprendizagem,

6.1 - Evolução coerente durante as sessões			
6.2 - Evolução positiva durante as sessões			
6.3 - Assimila ensinamentos em cada sessão			

7.Descritores (Escrever aspectos relacionados com os critérios de avaliação)

C.1.
C.2.
C.3.
C.4.
C.5.
C.6.

8.Necessidades de intervenções (Escrever plano de intervenção se necessário)

C.1.
C.2.
C.3.
C.4.
C.5.
C.6.

9. Atribuir parecer final:

9.1. Segundo avaliação geral dos critérios: 1 – 2 - 3	
9.1.1. Responsável pela sua medicação (positivo)	
9.1.2. Incapaz de se responsabilizar pela medicação (negativo)	
9.2. Segundo avaliação geral dos critérios: 4 – 5 – 6	
9.2.1. Capaz de preparar correctamente a sua medicação (positivo)	
9.2.2. Necessita que lhe preparem a medicação (negativo)	

10. Encaminhamento final:

10.1. Retomar sessões de Ensino (presença de um ou mais pareceres finais negativos)	
10.2. Apto para implementação efectiva (avaliação positiva nos dois pareceres)	
10.3. Incapaz de ser inserido no programa (Justificação com base na grelha geral de avaliação final e parecer do enfermeiro responsável pelo programa)	

N – Negativo (não preenche os critérios esperados)

I – Intermédio (Não preenche todos os critérios esperados para ter avaliação positiva)

P – Positivo (Preenche os critérios esperados)

(Grelha de avaliação efectuada com base na Escala de - Actividades Instrumentais De Vida Diária de Lawton, item referente à "Capacidade de se responsabilizar pela sua medicação")

DESCRIÇÃO DA GRELHA DE AVALIAÇÃO FINAL DA GESTÃO DA MEDICAÇÃO

A grelha de avaliação é composta por vários parâmetros elaborados inicialmente a partir da Escala de Actividades Instrumentais De Vida Diária de Lawton, *item* referente à “Capacidade de se responsabilizar pela sua medicação”.

A grelha é dividida em três partes essenciais:

A primeira parte (item 1-6) refere-se aos aspectos a observar e avaliar durante as sessões (prestação geral do utente na preparação da sua medicação).

Nesta primeira parte (item 1-6) é atribuída a classificação de:

N – Negativo (não preenche os critérios esperados);

I – Intermédio (Necessita de alguns critérios esperados para ter avaliação positiva);

P – Positivo (Preenche os critérios esperados);

Sendo apenas permitido uma classificação por cada subcritério.

A segunda parte da grelha é constituída pelos critérios 7 e 8. Esta parte é descritiva, permitindo acrescentar dados para que possamos obter mais informações sobre a avaliação atribuída nos critérios 1 a 6.

No critério 7 – “Descritores” – é esperado que se coloque uma descrição sobre as avaliações negativas ou intermédias, de forma a que compreendemos as razões dessa avaliação. Assim como aspectos relevantes referentes às avaliações positivas. (P. ex. se o utente está a ser submetido a uma segunda avaliação depois de um parecer final negativo, podemos colocar num determinado item: “Evolui positivamente”, ou então: “tem avaliação positiva mas não pareceu seguro na resposta”).

No critério 8 – “Necessidades de Intervenção” – deve-se colocar aspectos referentes a necessidades de intervenções futuras, sugestões de acompanhamento, como p.ex. “necessário reforço de ensino”, “deve-se repetir sessão”.

A atribuição da sigla **C** nos *subitens* desta parte da grelha, corresponde a “critério”.

A terceira e última parte da grelha de avaliação são constituídas pelo “Parecer final” e “Encaminhamento final” (*itens* 10 e 11).

No “Parecer final” o *item 9.1* refere-se à avaliação final dos critérios 1-2-3, que são traduzidos na capacidade do utente assumir responsabilidades em relação à adesão terapêutica.

O *item 9.2* refere-se a avaliação dos critérios 4-5-6 que são traduzidos na capacidade do utente preparar correctamente a sua medicação.

Em relação ao *item 10* – “Encaminhamento final”, este refere-se à avaliação final se o utente pode transitar para a fase seguinte do programa, podendo por ex. o enfermeiro responsável pelo programa não transitar um utente apenas porque não cumpre um critério.

A avaliação final – “Encaminhamento final” de um utente é sempre da responsabilidade do Enfermeiro. A grelha de avaliação apresentada é um mero guia que visa auxiliar o enfermeiro a efectuar essa avaliação.

Para além de ser um auxílio de avaliação, a primeira e segunda parte da grelha permite intervir de forma sistemática em determinados critérios esperados que os utentes cumpram com o programa auto-preparação da medicação.

EXEMPLO DE GUIA TERAPÊUTICO

(PARA UTENTES ANALFABETAS)

Nome:



Fotografia da utente

HORARIO	<i>Desenho de P. Almoço</i>	<i>Desenho de Almoço</i>	<i>Desenho de Jantar</i>	<i>Desenho de Antes de Deitar</i>	HORARIO
MEDICAÇÃO	Relógio	Relógio	Relógio	Relógio	MEDICAÇÃO
Fotografia da Caixa					Fotografia de Comprimido
Fotografia da Caixa					Fotografia de Comprimido

Nota:

- Os desenhos das refeições devem ser iguais à das “caixas de medicação semanal” onde colocam os comprimidos.
- A utente deve ser capaz de associar símbolos e imagens;
- Deve manter-se sempre o mesmo nome comercial da medicação, alterações neste âmbito requerem novo ensino e elaboração de novo guia.

Bibliografia Citada

CORDO, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental – Das famílias para a instituição e da instituição para a família.* Climepsi Editores. 1ª edição. Lisboa. pp. 1-14 e 69-74.

STUART, G. E LARAIA, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática.* 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637

ANEXO VII

ACTIVIDADE PSICOTERAPÊUTICA - MANDALAS



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

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

[ABORDAGEM PSICOTERAPÊUTICA]

Mandalas

Lígia Estefânia Ribeiro Pires

Paulo Alexandre Narciso Cerqueira

Centro Hospitalar do Porto

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

PORTO, MAIO DE 2009



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA



[ABORDAGEM PSICOTERAPÊUTICA]

Mandalas

Orientadora:

Prof. Regina Sousa

Tutores:

Enf.º José Carlos Baltazar

Enf.ª Florbela

Elaborado por:

Lígia Pires _____

Paulo Cerqueira _____

Centro Hospitalar do Porto

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

PORTO, MAIO DE 2009

A mandala representa para o homem o seu abrigo interior,
mesmo que o criador de uma mandala não tenha consciência daquilo que faz,
utiliza na sua criação elementos simbólicos.

AD

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	4
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	9
3. PLANIFICAÇÃO DA PSICOTERAPIA	10
4. CONCLUSÃO	12
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
ANEXOS	14

Anexo 1 - Plano da sessão

Anexo 2 - Mandalas para colorir

0. INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado no âmbito do III módulo de estágio - Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria, realizado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar do Porto (CHP), no período de tempo compreendido entre 20 de Abril e 20 de Junho de 2009.

A principal finalidade deste trabalho prende-se com o desenvolvimento de competências de diagnóstico, de planeamento, de intervenção e de avaliação na área da psicoterapia, nomeadamente na Arteterapia, uma vez que esta é uma área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A arte, através de diferentes modalidades expressivas, tais como o desenho, a pintura, a modelagem, a música, a dança e a dramatização, proporciona às crianças e adolescentes o desenvolvimento de um processo intenso de conhecimento de si próprio, do outro e do mundo no qual interage, ajudando a reconhecer as suas limitações e a descobrir os seus talentos.

Neste sentido, a arte constitui para a criança, o equilíbrio necessário entre o intelecto e as emoções, revelando-se um meio de expressão e de comunicação do pensamento. Institui também um apoio que o indivíduo procura naturalmente (ainda que de modo inconsciente) cada vez que algo o aborrece, pois favorece a expressão de sentimentos e a sua reorganização interna.

Considera-se que através da arte, é possível detectar problemas na infância e adolescência, muitas vezes na origem de diferentes diagnósticos de enfermagem, pelo que foi planeada uma sessão de arteterapia (Anexo I) com recurso à pintura de mandalas terapêuticas, procurando desta forma intervir no sentido de reverter problemas identificados.

Para uma melhor compreensão e organização, este documento encontra-se dividido em cinco partes. A primeira parte é constituída pela presente nota introdutória; na segunda parte é apresentada uma breve fundamentação teórica, onde é abordado o significado das mandalas, o seu efeito terapêutico nas crianças, uma breve explicação de como são pintadas e uma análise interpretativa da utilização das diferentes cores, de seguida, na terceira parte são apresentados os diagnósticos de enfermagem mais susceptíveis à utilização desta terapia, na quarta parte é descrita a planificação da intervenção e, por último, a quinta parte faz referência a uma breve conclusão.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Embora seja impossível dizer o que inspirou a criação da primeira mandala, é certo que estas são encontradas nos primórdios da evolução, pois foram descobertos desenhos de mandalas (Anexo 2), ainda que bastante simplificados, em cavernas pré-históricas.

Na observação directa de uma mandala é facilmente possível identificar um desenho circular que contém, no seu interior, formas variadas, sendo que, no centro desse desenho existe uma área da qual tudo parece ter sido concebido. Assim, este ponto central representa a essência da mandala e os restantes elementos, que parecem estar em ligação com o elemento central, dependendo de certa forma dele, desenvolvem-se a partir da sua existência, logo, este ponto central parece ser a fonte de toda a criação.

O desenho e pintura de uma mandala estimula a mente, equilibra as emoções e activa os processos físicos, ajudando a restabelecer a sua função plena. A mandala pode conter e até fazer lembrar partes conflituosas da natureza individual mas, mesmo tornando consciente e visível um conflito, a mandala proporciona uma evidente e considerável descarga de tensão, sendo importante no processo terapêutico.

Simbolicamente, a forma do círculo remete o ser humano ao isolamento seguro do ventre materno, sendo algo como uma linha protectora ao redor do espaço físico e psicológico que identificamos como nós mesmos, pelo que, na mandala é recriado um espaço sagrado próprio, um lugar de protecção e um foco para a concentração das nossas energias mentais e emocionais.

A contemplação de determinada mandala auxilia a desbloquear emoções e sentimentos a fim de elevar o estado interior ou mesmo activar e canalizar determinados tipos de energias.

Geralmente, o uso terapêutico das mandalas está relacionado com o desbloqueio de sentimentos e sensações com os quais temos dificuldades de lidar ou manifestar exteriormente. O psicólogo Carl G. Jung chamou essas imagens de arquétipos porque são

tão antigas quanto as almas dos homens. Basta um olhar ao redor para repararmos que a Natureza está cheia de mandalas, como por exemplo um girassol, um olho ou uma estrela.

As mandalas e as crianças

Quando estão com dificuldades para se concentrar, as crianças gostam de rabiscar. Esses rabiscos quase sempre incluem formas que lembram mandalas. Além disso, algumas crianças elaboram desenhos muito parecidos com as mandalas de culturas antigas.

Alguns terapeutas perceberam que pintar mandalas tem um efeito muito mais rápido e perceptível nas crianças do que nos adultos. Os psicopedagogos e psicólogos opinam que o trabalho regular com essas imagens estimula o desenvolvimento da personalidade e aumenta a concentração. No caso de crianças com dificuldades para fazer os seus trabalhos escolares, pintar uma mandala antes de realizar os trabalhos de casa tem um efeito tranquilizante e concentra as energias.

Normalmente crianças menos activas encontram neste tipo de actividade uma carga de energia e de alegria, tendo-se revelado útil em crianças com alterações de desenvolvimento, com problemas de motricidade, medrosas, irritáveis e agressivas. Ao pintar mandalas, a mente entra num estado de relaxamento no qual as experiências traumáticas, os medos e as tensões podem ser transformadas.

Pintura das mandalas

- Antes de iniciar a pintura o utente deve observar a mandala que escolheu, deixando a mente divagar sobre esse símbolo. Poderá sentir que ela parece movimentar-se.
- As crianças pequenas gostam de pintar de dentro para fora porque estão na fase de representar-se a si próprias. O terapeuta não deve interferir.
- Caso os adolescentes pretendam iniciar a pintura de dentro para fora convide-os a começar a colorir de fora para dentro.

- Para encontrar a direcção na hora de colorir, o utente deve acompanhar o contorno externo em direcção ao centro e vice-versa. Definida a direcção, esta deve manter-se até ao final pois, desta forma, está-se a criar ordem no interior da pessoa.
- Para escolher as cores, existem duas alternativas:
 1. Deixar a intuição escolher as que estão mais de acordo com seu estado de espírito e, posteriormente, tentar decifrá-lo a partir disso.
 2. Escolher a cor que corresponde à emoção que o terapeuta gostaria de induzir, incentivando a reflexão sobre o conjunto de sentimentos relacionados com a emoção em causa.
- Se ao começar a pintar, o utente sentir sono, não é motivo para preocupação, provavelmente estava muito tenso e está a começar a relaxar.
- Se não terminar no mesmo dia, é melhor abandonar aquela mandala e começar uma nova, com um modelo diferente, de acordo com a disposição naquele momento.
- Se o objectivo for realmente descobrir mais sobre o mundo interior, deve-se tentar evitar que o utente esteja preocupado com as cores utilizadas por motivo estético.
- Na componente psíquica da pessoa existe um motivo para que esteja combinando certos tons e figuras, que podem não ter nada a ver com a estética.

Cores e significados

Pintar mandalas é mais do que um exercício estético, a escolha das cores fala de quem pinta. Para compreender o que as cores dizem é necessário incentivar o utente a deixar-se levar por elas. Quando este terminar de pintar a mandala os terapeutas poderão interpretar o seu significado, visualizando desta forma o mundo interior do utente.

As crianças são mais espontâneas na escolha das cores, porque não se sentem tão comprometidas com os critérios estéticos. É conveniente que os utentes não saibam, á posteriori, o significado das cores de forma a não manipularem os resultados, consciente ou inconscientemente.

Algumas misturas de tons têm conotações psicológicas precisas ou chamam á atenção sobre temas que inquietam.

Ao longo dos tempos têm-se concluído os seguintes significados para as respectivas cores:

Amarelo - Luz, sol, alegria, entendimento, liberação, crescimento, sabedoria, fantasia, anseio de liberdade. Inveja e superficialidade.

Azul - calma, paz, serenidade, segurança, tédio, paralisação, ingenuidade e vazio.

Branco - pureza, perfeição, virtude, liberação, instinto para os negócios, amor pela verdade, perfeccionismo, tendência à abstracção e frieza.

Laranja - energia, optimismo, ambição, actividade, valor, confiança em si mesmo, necessidade de prestígio e frivolidade.

Preto e cinza - renovação, dignidade, mudança, retorno, responsabilidade, isolamento, morte, desespero, tristeza, perda, medo, ameaça e obscuridade.

Vermelho - amor, paixão, sensualidade, força, resistência, independência, conquista, impulsividade, raiva e ódio.

Rosa - busca do prazer, elegância, abnegação, domínio da agressividade, carinho, suavidade, discricção, inibição, ignorância da realidade e sentimentalismo.

Turquesa - amizade, sociabilidade, comunicação, imaginação, humor, encantamento, egoísmo e necessidade de reconhecimento.

Verde - equilíbrio, crescimento, esperança, perseverança, força de vontade, cura, integridade, bem-estar, tenacidade, prestígio, falta de sinceridade, ambição e poder.

Violeta - misticismo, magia, espiritualidade, transformação, inspiração, pena, renúncia e melancolia.

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Esta psicoterapia pode revelar-se especialmente útil nos seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Adaptação diminuída
- Ansiedade demonstrada
- Angústia, presente
- Auto-estima diminuída
- Medo
- Bem-estar emocional alterado
- Bem-estar físico alterado
- Bem-estar psicológico alterado
- Coping ineficaz
- Humor alterado
- Identidade pessoal alterada
- Sofrimento
- Vontade de viver diminuída

3. PLANIFICAÇÃO DA PSICOTERAPIA

Pintura de Mandalas

Fundamentação

A psicoterapia é uma forma de estar ao lado da utente, encontrar compreensão do seu universo, esclarecer o seu mundo, as suas dificuldades, reconhecer as suas atitudes e estratégias de forma a promover novos comportamentos, criando novas experiências. Deste modo, torna-se um complemento eficiente à farmacoterapia, podendo ser realizado em grupo ou individualmente.

O desenvolvimento desta actividade, com a utilização de mandalas para colorir, visa através da arteterapia ajudar a aumentar as capacidades e a autonomia do utente, valorizando o desenvolvimento do potencial criativo muitas vezes latente no doente mental, permitindo desta forma a expressão e análise de conteúdos inconscientes e conscientes, integrando aspectos cognitivos e afectivos de saúde e de doença, sendo benéfica para aumentar a compreensão do ser humano.

Objectivos

Permitir a expressão de sentimentos através da arte, proporcionando a análise simbólica e interpretação da forma como se pinta e dos significados das cores utilizadas.

Interpretar o sentido de aspectos significativos dos desenhos, incorporando o levantamento de dados sobre o utente e literatura sobre arte terapia.

Estratégias

Encorajar o utente a efectuar actividade

Oferecer um ambiente calmo, livre de interrupções

Observar a reacção do utente durante o uso do meio artístico

Não comentar a criação artística durante a realização da mesma

Coordenação

Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Avaliação

Registrar comentários verbais relevantes feitos pelo utente durante a actividade

Utilizar a obra efectuada como elemento de ligação aos pensamentos do utente

Registrar interpretação do utente sobre resultados da sua actividade

4. CONCLUSÃO

Na área da saúde mental e psiquiatria, a enfermagem assume cada vez mais um papel relevante na realização de actividades psicoterapêuticas, sendo que, a pintura de mandalas é mais um tipo de intervenção, que através da arteterapia, visa a expressão de sentimentos. Esta técnica revela-se útil como forma de intervenção perante alguns diagnósticos de enfermagem, permitindo ainda a detecção de problemas latentes do indivíduo que poderão ser alvo de intervenção, por parte da equipa multidisciplinar.

Esta terapia não farmacológica permite a expressão e análise de conteúdos inconscientes e conscientes, integrando aspectos cognitivos e afectivos de saúde e de doença, sendo benéfica para aumentar a compreensão do ser humano.

A elaboração deste trabalho revelou-se muito gratificante, pelo facto de a pesquisa desenvolvida nos ter possibilitado compreender esta técnica terapêutica específica, permitindo-nos assimilar mais uma forma de actuação perante o indivíduo com perturbação mental. Pois, compete ao enfermeiro especialista explorar novas áreas do saber, de forma a aumentar os seus conhecimentos e o seu campo de acção, sendo esperado que este adquira conhecimentos aprofundados e uma actuação diferenciada, sempre fundamentada em conhecimentos empíricos e resultantes da investigação científica permanentemente actualizada.

Esperamos que este documento seja o ponto de partida para uma investigação mais profunda sobre o efeito da arteterapia enquanto intervenção de enfermagem, no sentido de responder convenientemente aos focos de intervenção da profissão enquanto arte e ciência.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Pimpão, E. e Mota. J. (2006). Técnicas de Relaxamento e Autocontrolo Emocional. Porto.

American Psychiatric Association, (2002), Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Lisboa, Climepsi Editores.

Vactor Losacco. [em linha]. Disponível em <http://www.victorlosacco.com.br/page7.php> [Consultado em 07/06/2009].

ANEXOS

Anexo I

Plano da Sessão

Tema: Arteterapia – Pintura de Mandalas

Responsável:

Enfermeiros a frequentar o curso de MESMP

Data: 21/05/2009

Hora: 11 horas

Local: Sala de actividades

Duração: 30 minutos

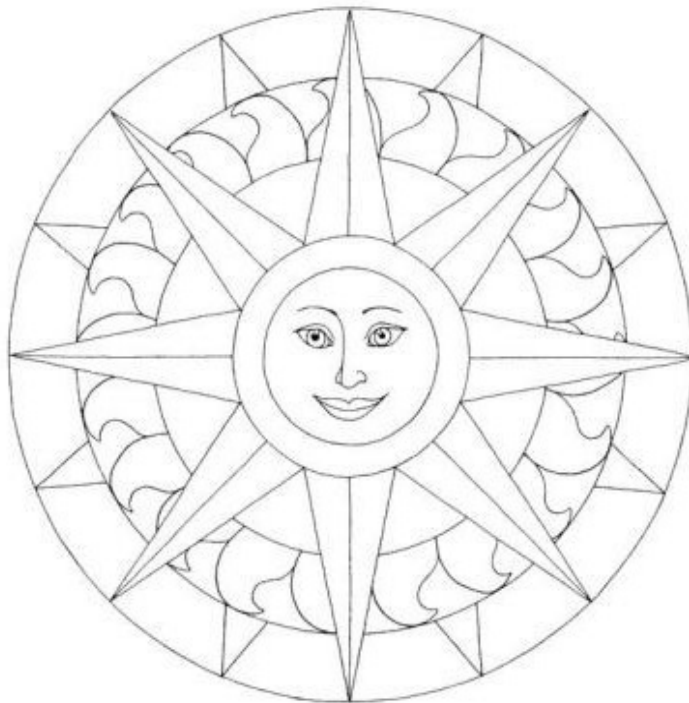
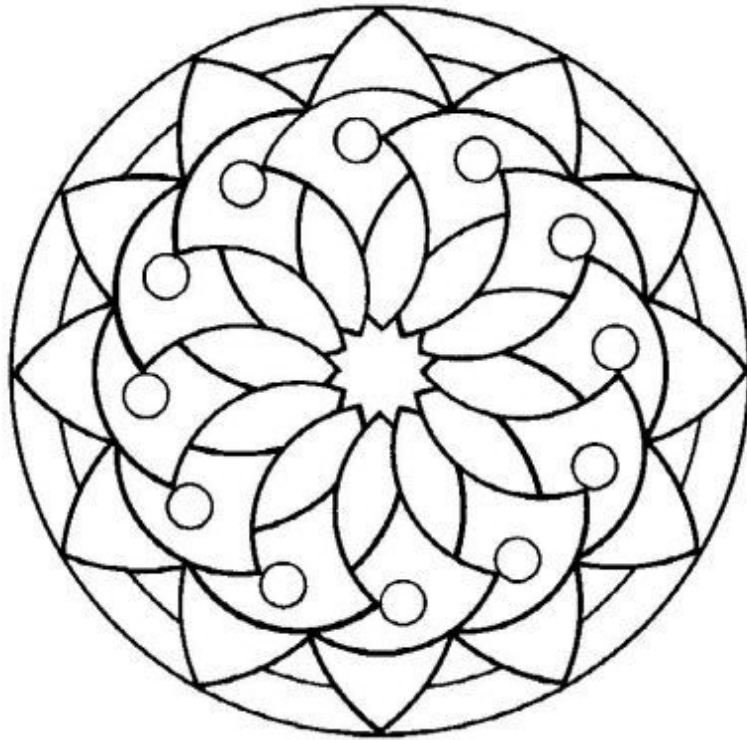
Objectivos:

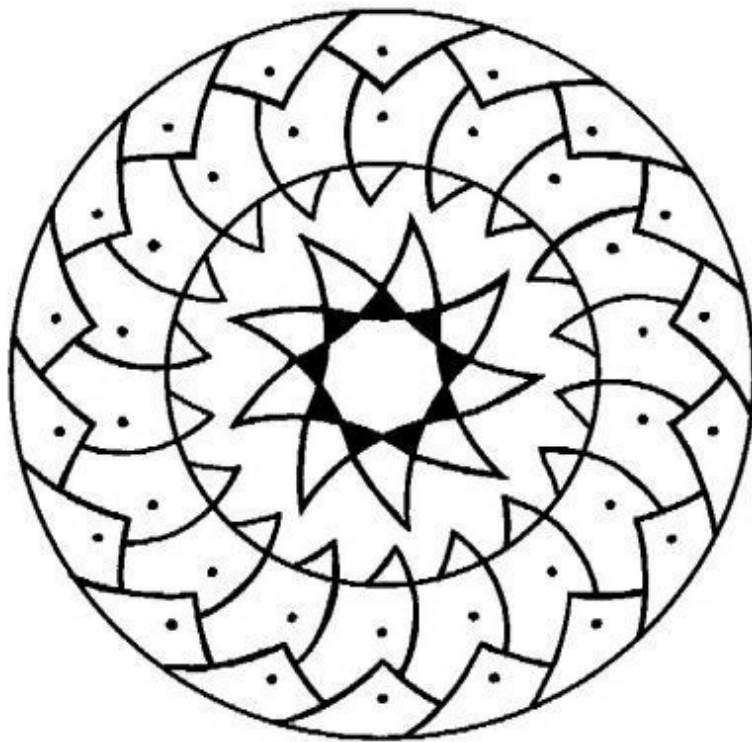
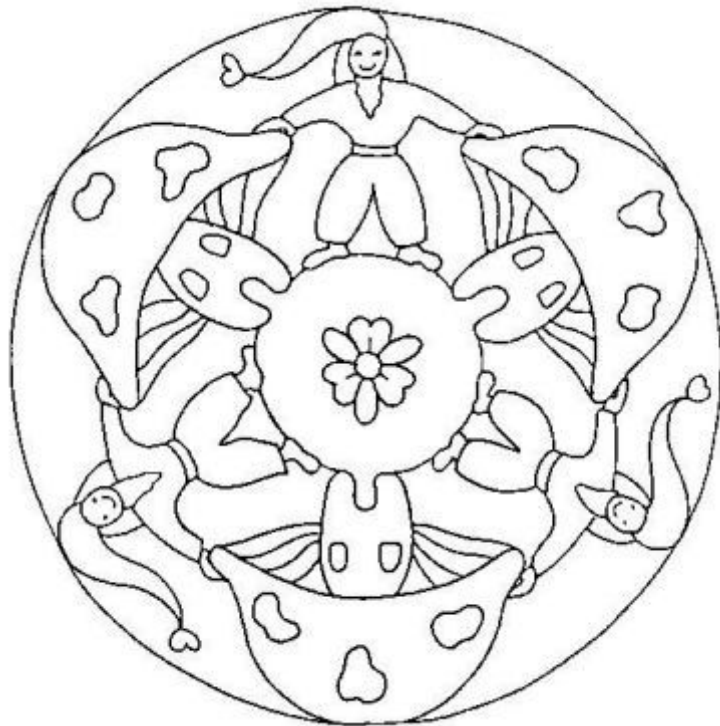
- Permitir a expressão de sentimentos através da arte, proporcionando a análise simbólica e interpretação da forma como se pinta e dos significados das cores utilizadas.
- Interpretar o sentido de aspectos significativos dos desenhos, incorporando o levantamento de dados sobre o utente e literatura sobre arte terapia.

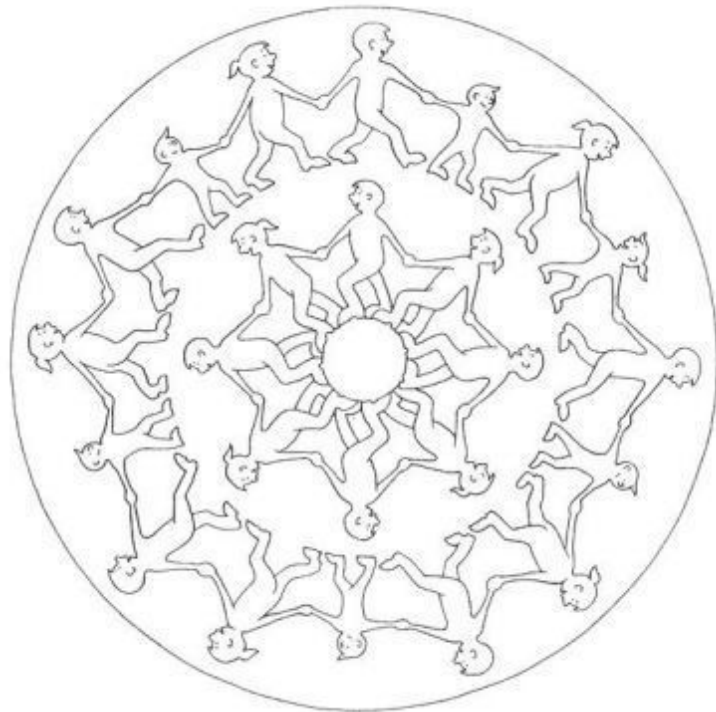
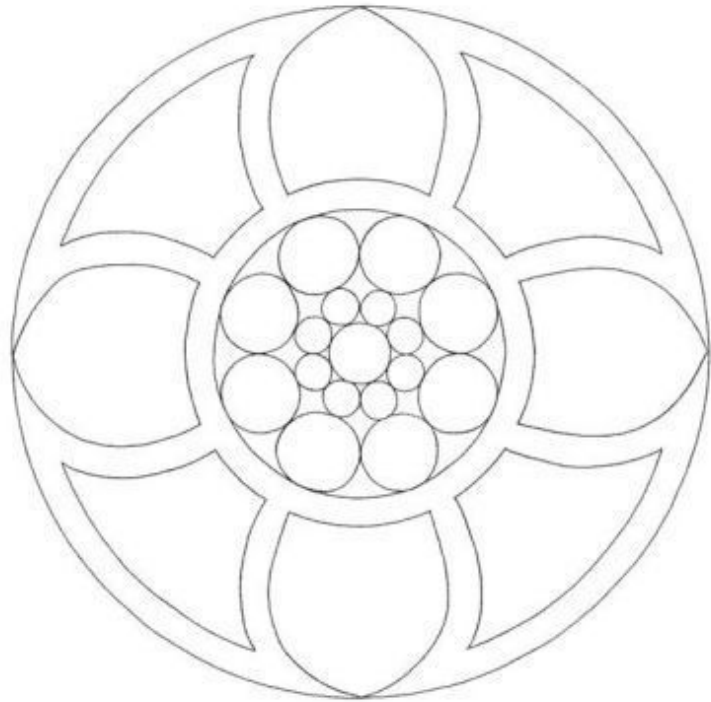
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégia	Avaliação
Introdução	2 min.	Explicação sobre o objectivo da actividade Fornecer vários desenhos de mandalas, de forma a proporcionar escolha para pintar, de acordo com os sentimentos vivenciados naquele momento	Método expositivo	Registar a interpretação do utente sobre resultados da sua actividade. Utilizar a obra efectuada como elemento de ligação aos pensamentos do utente.
Desenvolvimento	24 min.	Pintura da mandala	Trabalho individual	
Conclusão	4 min.	Registo da interpretação do utente sobre o significado da obra	Método descritivo	

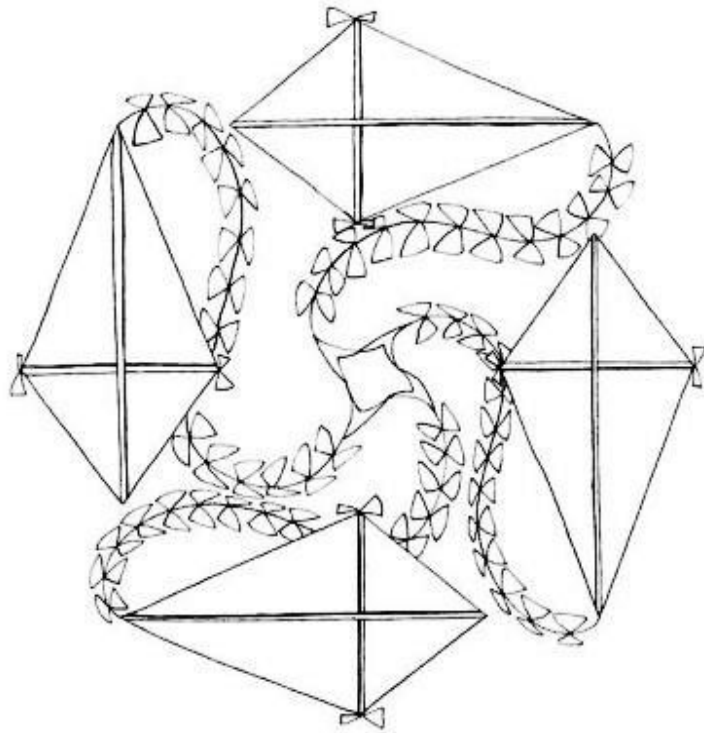
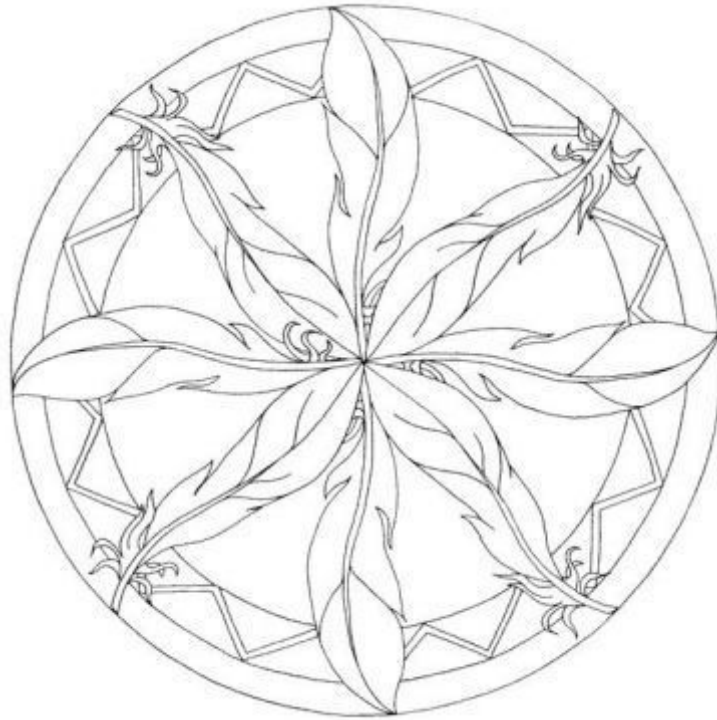
Anexo 2

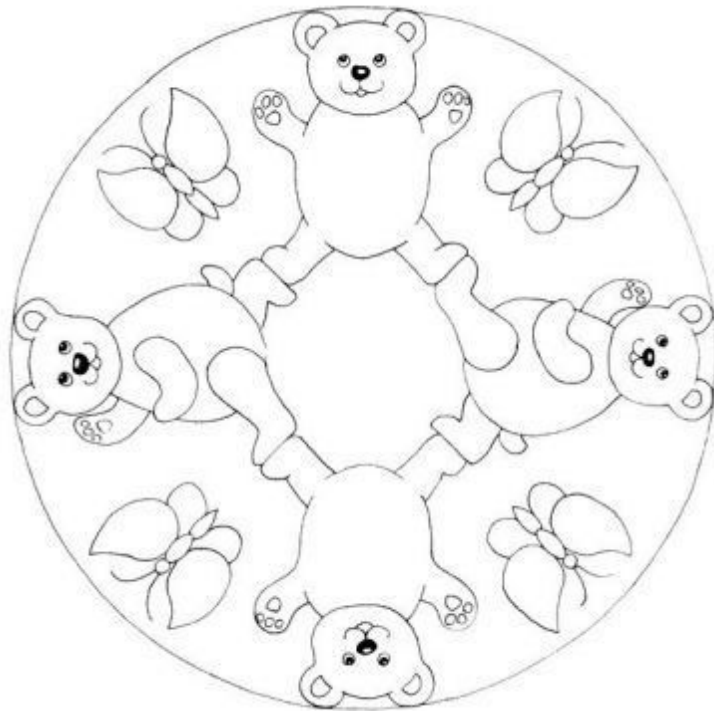
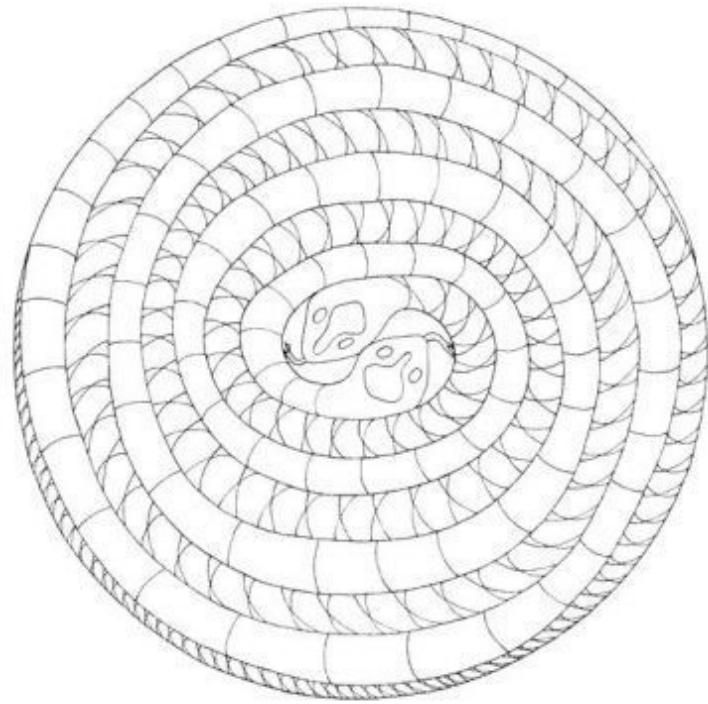
Mandalas para colorir

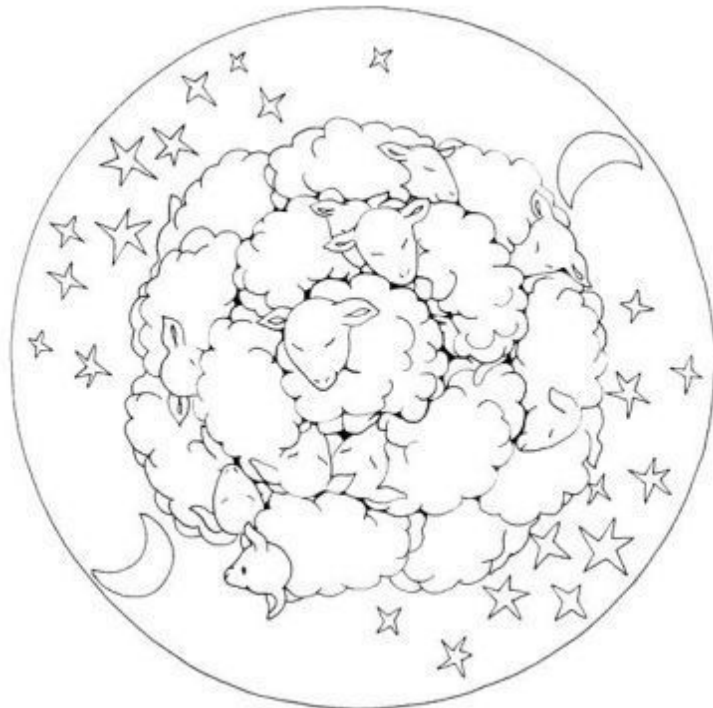
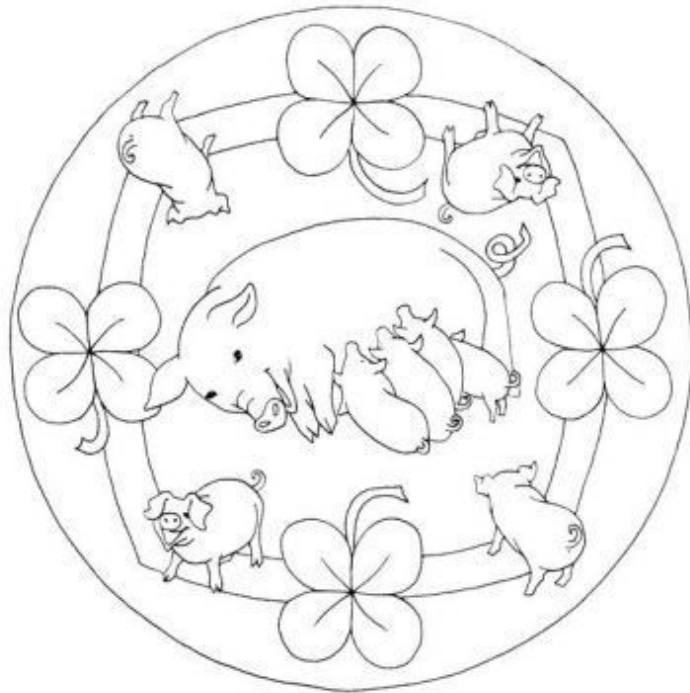


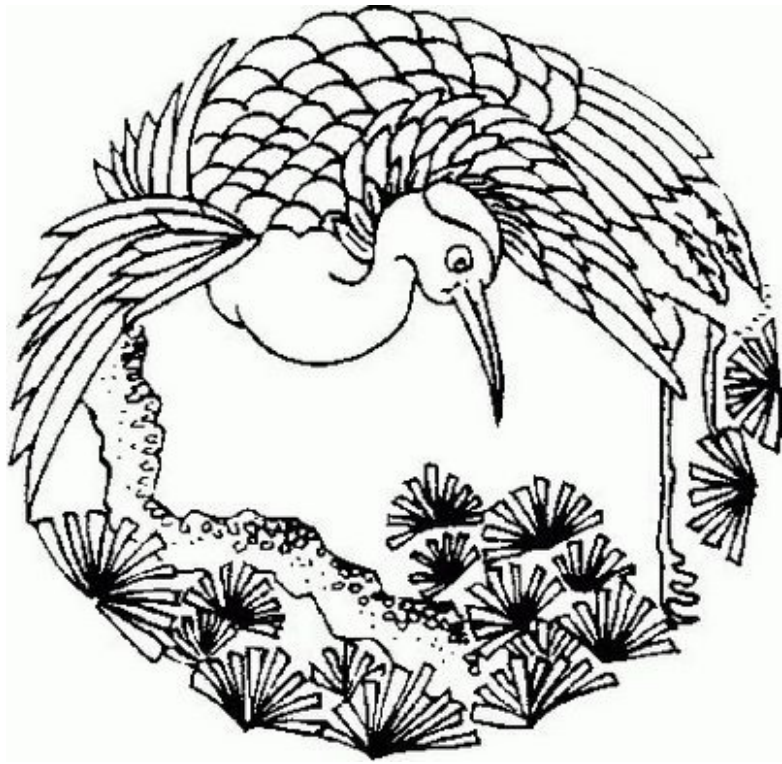














Anexo VIII

Tertúlia - Valorização Pessoal

TERTÚLIA

[Valorização Pessoal]

Data: 13 de Novembro de 2009

Hora: 14h

Local: Sala de actividades

Dinamizadores: Enf.^a Lúgia Pires / Enf.^o Paulo Cerqueira

1. Apresentação oral

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenientes: Utentes internados na Unidade de Agudos Homens do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga

2. Aquecimento/Quebra-gelo: [Relaxamento Físico]

Objectivo

Promover um ambiente relaxado e descontraído no grupo

Diminuir a exaltação inicial

Material/Ambiente

Sofás

Sala de actividades

Tempo determinado

5-10 min.

Procedimento

Iniciar o relaxamento, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche os olhos e concentre-se na sua respiração. [pausa]...

Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. [pausa]...

Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si [pausa]...

Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior [pausa].

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena [pausa]...

Por fim, relaxe os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz [pausa]...

Agora a sua respiração é totalmente suave, [pausa]...relaxada [pausa]... em paz [pausa]... e todos os seus músculos se encontram relaxados[pausa]...

Continuem a escutar a música, enquanto mantêm este estado de relaxamento...

[pausa de 5 minutos]

Lentamente, vão começar a despertar... vão prestar mais atenção aos sons ambientes, à música... prestar mais atenção à minha voz...[pausa]...

Lentamente vão começar a prestar mais atenção ao corpo, começando a sentir os membros, a cara, as costas, ao abdómen e o tórax... [pausa]...

Lentamente, conte até 5 e comece a abrir os olhos.”

3. Actividade Principal: [Valorização Pessoal]

Diagnósticos de enfermagem

Auto-conhecimento, demonstrado em grau reduzido

Auto-estima diminuída

Objectivos

Proporcionar a auto-consciencialização dos valores individuais

Reconhecer e reflectir sobre os próprios valores e os valores dos outros elementos do grupo

Promover o desenvolvimento do grupo através da inter-ajuda

Número de participantes

12 Elementos

Material/Recursos

Cadeiras

Ambiente/Clima

Local Fechado

Isento de ruídos ou odores

[Sala de actividades]

Tempo determinado

40 min.

Procedimento

12. Cada elemento do grupo recebe um cartão com um determinado valor por exemplo: optimismo, alegria, esperança, sinceridade, honestidade...;

13. É proporcionado um momento de reflexão individual sobre o valor referido no cartão;

14. Cada elemento verbaliza, se possui ou não o valor escrito no cartão, justificando-se e referindo, de seguida, outros valores que considere ter;

15. No final, cada elemento partilha com o grupo, como se sentiu no correr da actividade, assim como os valores que descobriu em si e nos outros elementos;

5. Os técnicos reforçam a importância de acreditarmos em nós mesmos e de valorizarmos as nossas características e capacidades;

6. Os utentes colocam no centro do grupo os cartões com as características/valores que consideram importantes na equipa terapêutica;

7. Os cartões com as características que os utentes consideram que a equipa deve ter são afixados no mural da sala de trabalhos.

Perguntas e Conclusões

Revisão da dinâmica de grupo

Os participantes verbalizam os benefícios terapêuticos da actividade

4. Resgate

Os participantes dão o seu parecer acerca da dinâmica de grupo realizada (Feedback).

O momento da síntese final, permite atitudes avaliativas (percepção individual, expressão verbal de sentimentos, linguagem não verbal, partilha de emoções) e de encaminhamento.

AVALIAÇÃO

A dinâmica de grupo realizou-se conforme previsto e delineado, decorrendo dentro do período de tempo suposto (cerca de 50 min.), tendo em atenção os diagnósticos de enfermagem e objectivos estabelecidos anteriormente. O grupo interagiu de forma empenhada e todos os elementos falaram sobre o valor atribuído, exprimindo sentimentos relativos ao valor em questão.

Foi possível verificar que a maioria não considera ser dotada de um grande número de valores, demonstrando contudo consciência dos principais valores que caracterizam a sua personalidade.

Ao nível da linguagem não verbal, inicialmente, foi perceptível uma ligeira tensão que diminuiu com o decorrer da dinâmica, sendo que no final predominava a boa disposição entre todos os participantes.

ANEXO IX

PANFLETO - SINAIS DE ALERTA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Se a sobrevivência infantil é uma das principais questões pendentes que nos legou o século XX, garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis a todos na primeira infância é um objectivo que, já iniciado o século XXI, lhe deve estar indissolivelmente associado.



SINAIS DE ALERTA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

"Mens sana in corpore sano"

Centro Hospitalar do Porto
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da
Infância e Adolescência

Lígia Estefânia Ribeiro Pires
Paulo Alexandre Narciso Cerqueira

Universidade Católica Portuguesa
Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em

SINAIS DE ALERTA NA 1ª INFÂNCIA

Procure ajuda se o bebé apresentar:



1º Ano de Vida

- Choro persistente
- Ausência do sorriso aos 2 meses
- Despertares nocturnos frequentes a partir dos 4 meses
- Recusa em mamar ou recusa alimentar sem causa médica
- Regurgitações (bolsar) e eructações (arrota) frequentes sem causa médica
- Não estranhar os outros entre os 6 e os 12 meses
- Evitamento do olhar
- Olhar ausente
- Autoagressão (magoar-se a si próprio) / Heteroagressão (magoar os outros)
- Preferência por objectos duros e frios
- Ausência de vocalizações (palrar)



A Partir do 1º Ano



Choro persistente

Alterações do sono

- Despertares nocturnos
- Dormir na cama dos pais (adultos)
- Dificuldades em adormecer
 - Exigência de algo constantemente (água, leite)
 - Adormecer com televisão acesa ou outro som/imagem
 - Exigência constante de um adulto na cama

Dificuldades alimentares

- Recusa alimentar
- Vômitos e eructações (arrota) frequentes sem causa médica
- Selecção ou bizarrias alimentares
- Preferência por ingestão de alimentos passados (esmagados)

Alterações do comportamento

- Birras frequentes
- Auto-agressão / Hetero-agressão
- Preferência por objectos duros e frios
- Isolamento
- Evitamento do olhar
- Olhar ausente
- Fuga ao contacto físico
- Aceitação (demasiado fácil e exagerada) das regras
- Oposição frequente (contrariar o adulto)
- Magoar-se frequentemente
- Andar em bicos de pés

Dificuldades na linguagem

- Ausência de linguagem
- Atraso na linguagem
- Repetição de palavras ou frases
- Dificuldades articulares
- Recusa em falar



ANEXO X

SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

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

[Educação para a Saúde]
Alcoolismo após a Alta

Lígia Estefânia Ribeiro Pires
Paulo Alexandre Narciso Cerqueira

Hospital de Braga

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Homens

BRAGA, NOVEMBRO DE 2009



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

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



[Educação para a Saúde]

Alcoolismo após a Alta

Orientadora:

Prof. Regina Sousa

Tutores:

Enf.ª Alice

Enf.ª Raquel

Enf.º Rui

Elaborado por:

Lígia Pires _____

Paulo Cerqueira _____

Hospital de Braga

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Homens

PORTO, JUNHO DE 2009

ÍNDICE

0. Introdução	4
1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS/NECESSIDADES DA POPULAÇÃO	5
2. ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES	5
3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS	5
4. GRUPO ALVO	5
5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES	6
6. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS	6
6.1. Breve Introdução ao Alcoolismo	6
6.2. Aspectos Gerais do Alcoolismo	7
6.2.1. Álcool	8
6.2.2. Falsos Conceitos de Álcool	10
6.3. Causas do alcoolismo	11
6.4. Consequências do Alcoolismo	12
6.4.1. O fenómeno da dependência	12
6.4.2. Tolerância e dependência	13
6.4.3. Sistema nervoso	14
6.4.4. Sistema Gastrointestinal	14
6.4.5. Sistema Cardiovascular	14
6.4.6. Hormonas Sexuais	14
6.4.7. No trabalho	15

6.5. Tratamento do Alcoolismo	16
6.5.1. Intervenção familiar	16
6.5.2. Intervenção psicoterapêutica	16
6.5.3. Intervenção farmacológica	17
6.5.4. Intervenção com um grupo de ajuda	17
6.6. O alcoolismo em Portugal face à União Europeia	18
7. AVALIAÇÃO	20
8. PLANO DA SESSÃO	21
9. CONCLUSÃO	22
10 BIBLIOGRAFIA	23
ANEXOS	24

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, realizado no âmbito da Educação para a Saúde, surgiu da necessidade de incutir nos Alcoólicos estilos de vida promotores da saúde mental. Durante a etapa de identificação das necessidades detectamos como sendo primordial a realização de uma sessão de educação para a saúde baseada no tema “Alcoolismo”, uma vez que, o grupo revela comportamentos aditivos de álcool de forma desadequada demonstrando inadaptação para enfrentar as exigências da vida.

Assim, com a realização desta formação visamos melhorar as nossas capacidades formativas, aumentando as nossas competências ao nível da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e, deste modo, cumprir mais uma das actividades a que nos propusemos no documento “Projecto de estágio”.

1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS/NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

Após diversos dias de contacto com a população, detectamos que os utentes apresentam padrões de consumo de álcool desapropriados o que influi no bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Assim, a saúde mental encontra-se afectada no grupo de utentes com hábitos e consumo, internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Homens, do Hospital de Braga.

2. ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES

Esta necessidade tornou-se uma das nossas prioridades uma vez que este serviço é frequentado por um número significativo de utentes com hábitos alcoólicos que demonstram incapacidade de autocontrolo do consumo de bebidas alcoólicas.

3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS

O objectivo geral desta formação é que os alcoólicos adquiram mais conhecimentos sobre os aspectos relacionados com o alcoolismo, sendo os objectivos específicos:

- Esclarecer os utentes quanto ao tema abordado;
 - Capacitar os utentes para identificar consequências do álcool na saúde e na sociedade;
 - Dotar de conhecimentos para que no final sejam capazes de realizar uma breve reflexão sobre os assuntos abordados.
-

4. GRUPO ALVO

Os utentes com hábitos de consumo de álcool internados no serviço á data de realização da formação.

5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES

A estratégia utilizada nesta sessão tem em conta o grupo de utentes a abordar, constando da realização de uma palestra que tem em atenção o facto de se tratar de pessoas com patologia mental

e possuidora de diferentes níveis de formação. Assim sendo, será utilizada uma linguagem simples, clara e acessível, tendo em atenção a categoria da comunicação inserida no método educativo.

As actividades realizar-se-ão de forma a proporcionar mais informação, ajudando os participantes a reflectir sobre os seus comportamentos e a desenvolver mecanismos de alteração comportamental, com o objectivo de os preparar para fazer face a possíveis problemas, através do fornecimento de informação relacionada com o alcoolismo.

6. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

6.1. Breve Introdução ao Alcoolismo

O uso de bebidas alcoólicas é tão antigo como a própria Humanidade. Beber moderada e esporadicamente faz parte dos hábitos de diversas sociedades. No nosso país, beber é um acto social importante, geralmente associado ou à ideia de comemoração ou à alimentação. Determinar o limite entre o beber social, o uso abusivo ou nocivo do álcool e o alcoolismo (Síndrome de Deficiência Alcoólica) é por vezes difícil, pois esses limites são variáveis entre pessoas e culturas.

“Portugal, país situado entre os países-membros da União Europeia com um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao Álcool (PLA), tem vindo a integrar-se, nos últimos anos, na política geral europeia de controle dos PLA para uma melhor Saúde do indivíduo e da Comunidade.” (Mello, M^a., Barrias, J., Breda, J., s/data, pp.9)

Existem várias definições sobre alcoolismo, nós optamos por uma que nos contextualizasse no tempo e espaço, “o conceito de Alcoolismo como doença, e não apenas como vício, desenvolve-se só na segunda metade do século XIX. A França foi dos países que mais cedo começou a valorizar o crescente consumo médio anual de álcool.” (Mello, M^a., Barrias, J., Breda, J., s/data, pp.12), também é de referir que “a destilação do vinho, dando origem a bebidas mais alcoolizadas, parece ter-se generalizado na Europa a partir do século XI.” (Mello, M^a., Barrias, J., Breda, J., s/data, pp.11)

Em determinados estados Membros da EU, estudos realizados ao longo dos últimos anos revelaram alterações importantes nos hábitos de consumo de álcool por crianças e adolescentes: “Os estudos constataam um aumento do consumo excessivo e regular de álcool por parte de menores, uma

“Alcoolismo após a Alta”

redução na idade dos primeiros contactos com o álcool, bem como um consumo crescente por parte das raparigas.”

A ingestão continua de álcool desgasta o organismo ao mesmo tempo que altera a mente. Surgem, então, sintomas que comprometem a disposição para trabalhar e viver com bem-estar. Essa indisposição prejudica o relacionamento com a família e diminui a produtividade no trabalho, podendo levar à desagregação familiar, ou mesmo ao desemprego. O indivíduo passa a manter uma relação muito forte com o álcool, fica de certa forma “algemado” ao álcool.

6.2. Aspectos Gerais do Alcoolismo

O alcoolismo é um conjunto de diagnósticos. Dentro do alcoolismo existe a dependência, a abstinência, o abuso (uso excessivo porém não continuado), intoxicação por álcool (embriaguez). Síndromes amnésica (perdas restritas de memória), demencial, alucinatória, delirante, de humor. Distúrbios de ansiedade, sexuais, do sono e distúrbios inespecíficos. Por fim o *delirium tremens*, que pode ser fatal.

Assim, alcoolismo é um termo genérico que indica algum problema, mas medicamente para maior precisão é necessário apontar qual, ou quais distúrbios estão presentes, pois geralmente há mais de um.

“Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais.” (Mello, M^a., Barrias, J., Breda, J., s/data, pp.15)

A identificação precoce do alcoolismo geralmente é prejudicada pela negação dos pacientes quanto à sua condição de alcoólicos, como na maioria dos diagnósticos mentais, o alcoólico possui um forte estigma social, que utiliza em defesa natural para a preservação da auto-estima.

“O Alcoólico é um bebedor excessivo que perdeu a capacidade de não consumir de um modo habitual e em quantidade importante bebidas alcoólicas.” (Quevauvilliers, J., Perlemuter, L., 1986, pp.76-80) “(...) cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Devem submeter-se a tratamento.” (Mello, M^a., Barrias, J., Breda, J., s/data, pp.15)

“Alcoolismo após a Alta”

O alcoólico é pois uma pessoa vulnerável, que necessita de ajuda. “O alcoólico costuma ter um estado de desnutrição deficitário, sobretudo quando chega a fases muito avançadas (...) o comportamento do alcoólico sofre alterações que, na maior parte dos casos, têm consequências violentas.” (Royo, F., 2003, pp.113)

No trabalho os colegas podem notar um comportamento mais irritável do que o habitual, atrasos, faltas e até podem acontecer acidentes. Quando essas situações acontecem é sinal de que o indivíduo já perdeu o controlo do consumo de álcool. No entanto, este pode encontrar-se numa situação de luta solitária para diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas, mas geralmente as iniciativas pessoais resultam em fracassos.

As mulheres são mais vulneráveis ao álcool, pois atingem concentrações sanguíneas de álcool mais altas com as mesmas doses quando comparadas aos homens e sob a mesma carga de álcool, os órgãos das mulheres são mais prejudicados do que o dos homens. Quanto a distribuição pelo sexo, os homens bebem mais frequentemente que as mulheres. A idade onde se encontra a maior incidência de alcoolismo feminino está entre 26 e 34 anos, principalmente entre mulheres separadas.

As consequências do alcoolismo sobre os órgãos é diferente nas mulheres, elas estão mais sujeitas a cirrose hepática do que o homem. Alguns estudos mostram ainda que o consumo moderado de álcool diário aumenta as probabilidades de cancro na mama.

As consequências do alcoolismo são diversas: desinserção social, maior taxa de mortalidade, suicídios, acidentes, problemas psicológicos e a criminalidade são as concretizações desta toxicomania. Existem problemas ligados ao álcool no indivíduo, na família do bebedor, no trabalho e na comunidade.

6.2.1. Álcool

Para falarmos de alcoolismo importa identificarmos o que é o álcool, este é o primeiro elemento causal, é o Agente. O álcool é um produto da fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais) sob a influência de microrganismos, nomeadamente leveduras.

“O álcool em pequenas quantidades é benéfico para o aparelho cardiovascular, mas neste caso referimo-nos ao álcool fornecido por um copo ou dois de vinho tinto POR DIA, pois este possui substâncias antioxidantes que evitam a acção de várias moléculas com capacidade de danificar as

“Alcoolismo após a Alta”

paredes vasculares. O álcool é metabolizado a nível hepático, depois de ter sido absorvido a nível intestinal.” (Royo, F., 2003, pp.114)

Quando se consome uma bebida alcoólica, o álcool que esta contém (que se exprime em graus e que varia de bebida para bebida) passa em pouco tempo para o sangue: 5 a 15 minutos se ingerido fora da refeição; 30 a 60 minutos se a passagem é retardada pela presença de alimentos, isto é durante a refeição. Através da boca e do esófago, o álcool chega ao estômago e intestino onde é absorvido, absorção essa que é tanto mais rápida quanto mais concentrada é a bebida em termos de conteúdo alcoólico. É transportado pelo sangue até ao fígado, onde inicia a sua lenta degradação. É sangue com álcool que prossegue na circulação atingindo o coração, os pulmões, cérebro, rins, membros superiores e inferiores, bem como todas as restantes partes do corpo.

Embora dependendo da idade, sexo, e muitas outras coisas o consumo de álcool tem de ser acompanhado de muita prudência e de algumas regras. O indivíduo que consome álcool tem de ser responsável e beber com moderação. Ou seja, antes de beber o indivíduo tem de pensar no que vai fazer!

Bebidas alcoólicas, são todas as bebidas que como o nome indica, contém álcool. Estas têm duas origens, podem ser: **Bebidas fermentadas**, obtêm-se por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela acção das leveduras. Como exemplo de bebidas fermentadas, temos: O vinho, obtido por fermentação do sumo de uva; A cerveja, obtida por fermentação de cereais (cevada); A água-pé, obtida da mistura de água e mostro já espremido; A cidra, obtida por fermentação do sumo da maçã; Outras bebidas, obtidas por fermentação do sumo de outros frutos. Ou **Bebidas destiladas**, resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação; através da evaporação das bebidas fermentadas, podem obter-se bebidas mais graduadas. São exemplo de bebidas destiladas, as bebidas que resultam da destilação de: Vinhos (cognac, ...); Frutos (aguardente de figo, ...); Sementes (whisky, vodka, ...); Melão de cana sacarina (rum). Existem também exemplos de bebidas destiladas, mas com maior graduação que os anteriores: Vinho da Madeira; Vinho do Porto; Aniz; Licores diversos.

Bebidas alcoólicas, são todas as bebidas que como o nome indica, contém álcool.

Graduação alcoólica de uma bebida é definida pela percentagem volumétrica de álcool puro nela contido. Ou seja, é o volume de álcool que há em 1l dessa bebida, essa quantidade é expressa em graus. Assim quando se diz um vinho de 10°, isto significa que 1litro contem 10% de álcool.

“Alcoolismo após a Alta”

Quanto a este assunto, apresentamos uma pequena curiosidade: Sabia que... há tanta quantidade de álcool em 4litros de vinho a 12° como num litro de aguardente a 48°.

Taxa de alcoolémia é a quantidade de álcool existente no sangue e no corpo de um indivíduo em determinado momento e expressa-se em gramas de álcool por litro de sangue. Assim quando se fala de uma alcoolémia de 0,5 g/l é o mesmo que dizer que existem 0,5g de álcool por litro de sangue.

6.2.2. Falsos Conceitos de Álcool

Existem alguns falsos conceitos sobre o álcool, e por isso achamos relevante identificar o que o álcool não faz, apesar de na gíria ser muito frequente ouvir-se, mas na realidade:

- **O álcool não aquece**, o álcool faz com que o sangue venha do interior do organismo à superfície da pele, dando a sensação de calor. Mas esta deslocação do sangue provoca uma perda do calor interno, prejudicando o bom funcionamento de todos os órgãos. Uma solução para aquecermos, é mesmo um bom fornecedor de calor, exemplo: aquecedor, termo-ventilador, lareira ...
- **O álcool não mata a sede**, a sensação de sede significa a necessidade, a carência que o organismo tem em água. Quando se toma uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, sai pela urina. Aumenta, assim, a necessidade de água no organismo, logo a sede. A solução para matar a sede, passa mesmo por bebermos água pura e fresca, se possível pelo menos 1,5l por dia.
- **O álcool não dá força**, o álcool tem uma acção excitante, que disfarça o cansaço dum trabalho físico ou intelectual intenso, dando a ilusão de voltarem as forças. Mas, depois, o cansaço é a dobrar, porque o álcool gastou energias ao ser “queimado” no fígado. Neste caso, a solução é mesmo um bom descanso e uma boa refeição, após estes dois conselhos as forças estarão no seu potencial.
- **O álcool não ajuda a digestão, não alimenta e não abre o apetite**, o álcool faz com que os movimentos do estômago sejam muito rápidos e os alimentos passem para o intestino sem estarem devidamente digeridos, dando a sensação de estômago menos cheio. O resultado é a falta de apetite e o aparecimento de gastrites e úlceras. O álcool não tem

“Alcoolismo após a Alta”

qualquer valor nutritivo, porque produz calorias inúteis para os músculos e não serve para o funcionamento das células. Um ambiente calmo e tranquilo, a existência de uma mesa e cadeira confortável, onde nos possamos sentar e comer devagar e mastigar bem os alimentos, ajudam e muito a nossa digestão. Para abrir o apetite basta experimentar praticar um pouco de exercício físico; para além de nos abrir o apetite faz muito bem à saúde e promove-nos bem-estar.

- **O álcool não é um medicamento**, pelo contrário, com o uso frequente do álcool, aí sim será necessário tomar medicamentos, estes receitados pelo médico. Os medicamentos são sujeitos a receita médica, se necessita de alguma medicação, recorra ao seu médico.
- Se beber água após beber um copo de vinho, não pense que lhe vai “cortar” a quantidade de álcool. Isso é pura ilusão.

Como podemos verificar o consumo excessivo de álcool em nada ajuda, bem pelo contrário, só prejudica e acarreta inúmeros problemas.

O álcool até põe as pessoas a ver a dobrar e a duvidar do que estão a ver. Para nos certificarmos da realidade desta afirmação, basta olharmos com atenção para a imagem que apresentamos de seguida. Dá para reflectirmos!!! E que confusão se gera nas cabeça de quem abusa do álcool...

6.3. Causas do alcoolismo

O alcoolismo não tem uma única causa, tem várias causas, que podem coexistir na mesma situação. Desta forma, um doente com alcoolismo, pode beber apenas porque se divorciou e se deprimiu, ou por outro lado, o alcoolismo pode surgir num contexto sociocultural.

Existe um factor genético ou hereditário para o alcoolismo, isto é comprovado pelo facto da morbilidade alcoólica ser cerca de três a quatro vezes maior nos descendentes de alcoólicos crónicos.

As doenças depressivas estão muito associadas ao alcoolismo. É frequente o refúgio no álcool, quando surgem sentimentos de tristeza, angústia, desinteresse pela vida, choro fácil, etc.

“Alcoolismo após a Alta”

Esta situação pode ser ilustrada da seguinte forma, forma esta que se ouve muito na gíria: "ele nunca mais foi o mesmo desde que faleceu a mulher, desde esse dia passa a vida a beber". Neste caso a procura no álcool surge como reacção secundária ao aparecimento de outra patologia mental. Esta busca faz-se pelo desejo de conseguir um efeito sedativo, tranquilizante e até "anestésiante do sofrimento psíquico", é muitas vezes aquilo que se costuma dizer: "beber para esquecer".

As perturbações de ansiedade estão muitas vezes associadas ao alcoolismo. Esta situação é explicada pelo efeito ansiolítico proporcionado pelo álcool.

O consumo de álcool em idades muito precoces pode ser motivado por razões socioculturais. Normalmente esta situação surge em regiões rurais, onde se produzem bebidas alcoólicas, principalmente vinho, no caso do nosso país. O consumo de álcool, é com frequência mais elevado em certas instituições ou grupos, como é o caso de instituições militares, grupos desportivos, etc.

A presença de hábitos familiares regulares de ingestão de álcool é também uma das situações que concorre para as causas de alcoolismo.

Existem algumas personalidades mais predispostas ao abuso do consumo do álcool, um exemplo, é a perturbação de personalidade anti-social. Por outro lado, certos indivíduos com um certo grau de "fobia social", podem utilizar o álcool (efeito excitante e desinibidor) para melhorarem o seu relacionamento social.

6.4. Consequências do Alcoolismo

O álcool no organismo humano, é ingerido através da boca; o álcool é inteiramente absorvido pelo tubo digestivo: 30% no estômago, cerca de 65% no duodeno, imediatamente após a sua passagem pelo piloro, e o restante no cólon, trato digestivo, coração, músculos, sangue e glândulas hormonais.

6.4.1. O fenómeno da dependência

O comportamento de repetição obedece a dois mecanismos básicos não patológicos: o reforço positivo e o reforço negativo. O primeiro, refere-se ao comportamento de busca do prazer, quando algo é agradável a pessoa procura os mesmos estímulos para obter a mesma satisfação. O reforço negativo refere-se ao comportamento de evitação de dor ou desprazer. Quando algo é desagradável a pessoa procura os mesmos meios para evitar a dor ou desprazer, causados numa dada

“Alcoolismo após a Alta”

circunstância. A fixação de uma pessoa no comportamento de procura do álcool obedece aos mecanismos acima descritos.

No começo a busca é pelo prazer que a bebida proporciona. Depois de um período, quando a pessoa não alcança mais o prazer anteriormente obtido, não consegue interromper porque sempre que isso é tentado surgem os sintomas desagradáveis da abstinência. Para evitá-los o indivíduo mantém o uso do álcool.

6.4.2. Tolerância e dependência

A tolerância e a dependência ao álcool são dois eventos distintos e indissociáveis. A tolerância é a necessidade de doses maiores de álcool para a manutenção do efeito de embriaguez obtido nas primeiras doses. Se no começo uma dose de whisky era suficiente para uma leve sensação de tranquilidade, depois de duas semanas (por exemplo) são necessárias duas doses para o mesmo efeito. Nessa situação diz-se que o indivíduo está a desenvolver a tolerância ao álcool.

À medida que habitualmente se eleva a dose da bebida alcoólica para se contornar a tolerância, ela volta em doses cada vez mais altas. Aos poucos cinco doses de whisky podem tornar-se inócuas para o indivíduo que antes se embriagava com uma dose.

A tolerância ocorre antes da dependência. Os primeiros indícios de tolerância não significam necessariamente dependência, mas é o sinal claro de que esta não está longe. A dependência é simultânea à tolerância e será tanto mais intensa quanto mais elevado for o grau de tolerância ao álcool. Dizemos que a pessoa se tornou dependente do álcool quando ela não tem mais forças por si própria de interromper ou diminuir o seu uso.

O alcoolismo como qualquer diagnóstico psiquiátrico é estigmatizante. Fazer com que uma pessoa reconheça o próprio estado de dependência alcoólica é exigir dela uma forte quebra da auto-imagem e conseqüentemente da auto-estima. Com a auto-estima enfraquecida a pessoa já não tem a mesma disposição para viver e portanto lutar contra a própria doença. É uma situação paradoxal para a qual não se obteve uma solução satisfatória. Dependerá da arte de conduzir cada caso particular.

6.4.3. Sistema nervoso

“Alcoolismo após a Alta”

As amnésias nos períodos de embriaguez acontecem em 30 a 40% das pessoas no fim da adolescência e início da 3ª década de vida, provavelmente o álcool inibe algum dos sistemas de memória impedindo que a pessoa se recorde de factos ocorridos durante o período de embriaguez.

Nas síndromes alcoólicas podem encontrar-se quase todas as patologias psiquiátricas: estados de euforia patológica, depressões, estados de ansiedade na abstinência, delírios e alucinações, perda de memória e comportamento desajustado.

6.4.4. Sistema Gastrointestinal

A ingestão de uma grande quantidade de álcool pode levar a inflamação no esófago e estômago e consequentemente provocar hemorragias, enjoos, vômitos e perda de peso. Esses problemas costumam ser reversíveis mas as varizes decorrentes de cirrose hepática além de irreversível é potencialmente fatal.

6.4.5. Sistema Cardiovascular

Doses elevadas por muito tempo provocam lesões no coração provocando arritmias e outros problemas como trombos e derrames consequentes. É relativamente comum a ocorrência de um acidente vascular cerebral após a ingestão de grandes quantidades de bebida. Os alcoólicos estão dez vezes mais sujeitos a qualquer forma de cancro do que a população em geral.

6.4.6. Hormonas Sexuais

O metabolismo do álcool afecta o balanço das hormonas reprodutivas no homem e na mulher. No homem, o álcool contribui para lesões nos testículos, o que prejudica a produção de testosterona e a síntese de esperma. Em cinco dias de uso contínuo de 220g de álcool os efeitos acima mencionados começam a manifestar-se e intensificam-se com a sua permanência.

6.4.7. No trabalho

Numerosos acidentes de trabalho estão também relacionados com o consumo de álcool. Mas as consequências do consumo de álcool no trabalho não ficam por aqui. As alterações psicológicas que provoca, como a irritabilidade e a agressividade, perturbam seriamente as relações do trabalhador

“Alcoolismo após a Alta”

com os outros, afectando negativamente a sua própria imagem e a da empresa. Aumento do absentismo, diminuição da produtividade, instabilidade laboral, envelhecimento, reforma e morte prematuros.

Por curiosidade, mas muito interessante, apresentamos uma tabela de concentração de álcool no sangue (g/litros), trinta minutos após a ingestão de bebidas alcoólicas (para uma pessoa de 70Kg).

I Dose de cerveja, vinho, whisky ou cachaça = 0,22 g/litro.

Nível de álcool no sangue g/litro	Efeito sobre o motorista
1^a DOSE 0,20 – 0,30	Quase todos os indivíduos apresentam alteração de resultado do electroencefalograma. Falsa estimativa de distância e velocidade. COMEÇO DO RISCO.
2^a DOSE 0,30 – 0,50	Mais de um quarto dos indivíduos são incapazes de conduzir correctamente. A fusão óptica das imagens é perturbada e a sensibilidade diminuída. RISCO AUMENTADO.
3^a DOSE 0,50 – 0,80	Pouco efeito aparente. Tempo de reacção alongado. Euforia do condutor. RISCO MULTIPLICADO POR QUATRO.
0,80 – 1,50	Reflexos mais alterados. Diminuição da vigilância. Condução perigosa. RISCO MULTIPLICA POR VINTE E CINCO.
1,50 – 3,00	Diplopia (visão dupla). Condução perigosíssima.
3,00 – 5,00	Embriaguez profunda. Condução impossível.
Mais de 5,00	COMA, podendo levar à morte.
O limite máximo de álcool no sangue, admitido pela legislação Portuguesa, é de 0,50g por litro de sangue. Acima deste limite, há apreensão da carta e do veículo, além de multa.	

6.5. Tratamento do alcoolismo

Para se iniciar um tratamento para o alcoolismo é necessário que o utente preserve em nível elevado a sua auto-estima, sem contudo negar a sua condição de alcoólico. O profissional deve estar atento a qualquer modificação do comportamento dos utentes no seguinte sentido: falta de diálogo com o cônjuge, frequentes explosões temperamentais com manifestação de raiva, atitudes hostis ou perda do interesse na relação conjugal.

O tratamento do alcoolismo envolve uma intervenção a vários níveis, já que a doença é bastante complexa quer na sua etiologia quer ainda nas suas implicações sociais, profissionais, familiares, etc.

6.5.1. Intervenção familiar

Normalmente revela-se indispensável, já que o alcoólico ao fim de algum tempo "contamina" a família com a sua doença. A mentira é frequente, o mau relacionamento entre o casal está muitas vezes presente, bem como agressões (físicas e verbais) entre os vários membros da estrutura familiar. Por esta razão é necessário envolver a família no tratamento do alcoólico. O alcoólico, é um ser vulnerável, que se vê numa situação difícil, onde muitas vezes desespera, podendo entrar mesmo em depressão. A família tem um papel muito importante, pois terá que apoiar e ajudar o alcoólico, para que este se liberte do problema que o afecta e prejudica, ou seja, o maldito álcool.

6.5.2. Intervenção psicoterapêutica

Torna-se indispensável um acompanhamento psicoterapêutico do alcoólico. Discutir com o utente as causas que o levaram ao alcoolismo, procurar em conjunto com o terapeuta definir estratégias e delinear objectivos é essencial para um tratamento eficaz e para uma manutenção da abstinência.

“Durante uma cura de desintoxicação, é necessária uma vigilância quotidiana dos aspectos somáticos procurando, especialmente, tremores, cefaleias, insónias e desidratação. O utente não deve sair nem deverá receber álcool clandestinamente. As inevitáveis recaídas exigem uma compreensão importante. Com estes cuidados, a evolução pode ser favorável, se as lesões somáticas não forem

demasiado maciças (...) normalmente o alcoólico não reconhece a sua doença ou dependência, e por isso não costuma pedir ajuda ” (Quevauvilliers, J., Perlemuter, L., 1986, pp.77)

6.5.3. Intervenção farmacológica

Os fármacos têm aqui um papel fundamental, quer ao nível do período inicial de privação alcoólica, quer ainda ao nível da manutenção da abstinência.

As medicações hoje em uso actuam sobre essas fases. A naltrexona inibe o prazer dado pelo álcool na fase em que o alcoólico apresenta uma série de sintomas devido á privação súbita do álcool no organismo. Os sintomas podem ir desde a ansiedade, tremores suores etc., até a uma situação mais grave designada por "*Delirium Tremens*", que provoca alterações do estado de consciência, alucinações, agitação psicomotoras, etc. Esta última situação é grave e pode levar em casos extremos á morte.

6.5.4. Intervenção com um grupo de ajuda

Os grupos de ajuda têm um papel muito importante no tratamento desta doença. Muitas vezes são ex-alcoólicos que neles participam activamente. Os grupos funcionam como ajuda para muitos dos problemas sentidos pelos alcoólicos. Um excelente exemplo é dado pelos alcoólicos anónimos, que estão implementados em vários países, entre os quais Portugal. É muito mais comum do que se imagina a coexistência de alcoolismo com outros problemas psiquiátricos prévios ou mesmo precipitantes. Os transtornos de ansiedade, depressão e insónia podem levar ao alcoolismo. Tratando-se a base do problema muitas vezes se resolve o alcoolismo. Já os transtornos de personalidade tornam o tratamento mais difícil e prejudicam a obtenção de sucesso.

Estima-se que 10% da população portuguesa consome álcool excessivamente. Muitas vezes, as pessoas que abusam do álcool não se apercebem que estão com um problema de saúde. E, por isso, precisam de ajuda. É necessário ter presente que uma pessoa com problemas de álcool é uma pessoa doente, que dificilmente pode tratar a sua doença sozinha. Quando o álcool se torna um problema de saúde que afecta não só o próprio como todos os que o rodeiam, seja a família, a empresa ou os amigos, então a responsabilidade passa a ser colectiva. Fechar os olhos é o que nunca se deve fazer. Ignorar o problema é demitirmo-nos das nossas responsabilidades enquanto familiares, amigos, colegas, ou de meros cidadãos.

E como recorrer à ajuda?

No nosso país existem três instituições, pertencentes ao Ministério da Saúde, de prevenção e tratamento do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, que são os Centros Regionais de Alcoologia em Lisboa (21 796 18 07), Porto (22 610 22 75) e Coimbra (293 79 37 10). Estes centros fazem atendimento diário e internamento de doentes. Em Lisboa existe ainda a Sociedade Anti-Alcoólica Portuguesa, uma instituição não oficial, que recentemente criou uma consulta de alcoologia gratuita (21 357 14 83).

Os grupos de ajuda têm também um papel muito importante no tratamento desta doença, como é o caso dos Alcoólicos Anónimos (Lisboa: 21 716 29 69) que promovem reuniões de grupo um pouco por todo o país.

6.6. O Alcoolismo em Portugal face à União Europeia

Portugal tem alguns dos vinhos mais apreciados do mundo e lidera também o ranking dos países que mais álcool consome. Se o primeiro facto nos enche de orgulho, o segundo nem tanto assim. É que bebido em excesso, o álcool pode ser fatal...

Portugal é um país tradicionalmente produtor e exportador de bebidas alcoólicas, principalmente de vinho. Precisamente por isso, é um país com graves problemas ligados ao alcoolismo. Portugal continua a ser o país com a mais elevada taxa de alcoolismo da União Europeia, com a agravante do consumo do vinho ter vindo a aumentar nos últimos anos.

Esta dependência, segundo os especialistas, começa cedo: mais de 60 por cento dos jovens portugueses consomem bebidas alcoólicas com frequência. Dentro destas, as preferidas são a cerveja e as bebidas destiladas, estando o consumo de vinho a diminuir. A estes dados, fornecidos pelo Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, há ainda a juntar outros, de estudos europeus, que apontam para um gasto situado entre os dois a seis por cento do Produto Interno Bruto, devido ao consumo excessivo de álcool, nomeadamente em tratamentos, camas de hospitais, acidentes laborais e rodoviários e faltas ao trabalho.



A nível mundial, estima-se que cerca de 10% das mulheres e 20% dos homens façam uso abusivo do álcool. A síndrome de dependência do álcool verifica-se em 5% das mulheres e 10% dos homens. Sabe-se também que o álcool está relacionado com 50% dos casos de morte em acidentes automobilísticos, 50% dos homicídios e 25% dos suicídios. Frequentemente, pessoas portadoras de doenças mentais, também apresentam problemas relacionados com o uso excessivo de bebidas alcoólicas.

“ O álcool está interligado com as principais causas de morte, nomeadamente com as doenças cardiovasculares e oncológicas, os acidentes, os suicídios, a cirrose hepática, etc. Estima-se que, em Portugal, em 1996, 8758 portugueses morreram por este motivo.” (Mello, M.^a, Barrias, J., Breda, J., sem data, pp.35)

Projectos de prevenção como o acima descrito, no entanto, há muito poucos, faltando investimento das autoridades nesta área. Em contrapartida, o nosso país afasta-se cada vez mais da meta traçada pela Organização Mundial de Saúde para o início do milénio, que previa uma diminuição do consumo de bebidas alcoólicas na ordem dos 25 por cento.

7. AVALIAÇÃO

Avaliação a curto prazo:

- Participação do público-alvo.
- Resposta ao questionário final.

Avaliação a médio prazo:

- Aplicação prática dos conhecimentos aprendidos.

8. PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

<p>Tema: “Alcoolismo”</p> <p>Responsável: Alunos do MESMP-UCP</p> <p>Data: 2009/11/09</p> <p>Hora: 17:00H</p> <p>Local: Serviço Psiquiatria Homens do Hospital de Braga</p> <p>Duração: 60 minutos</p>		<p>Objectivos:</p> <p>Relativamente aos formandos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% fiquem esclarecidos quanto ao tema abordado; • 60% sejam capazes de identificar quatro consequências do álcool na saúde e na sociedade; • 70% seja capaz, no final da sessão, de realizar uma breve reflexão sobre os assuntos abordados. 		
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégia	Avaliação
Introdução	3'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Introdução ao tema • Motivação • Objectivos • Metodologia 	Método expositivo/participativo	Participação dos formandos
Desenvolvimento	45'	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos de álcool, alcoolismo, alcoólico • Consequências do excesso de álcool • Tratamento • Prevenção 	Método expositivo /participativo Debate	
Conclusão	13'	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias principais • Esclarecimento das dúvidas sobre os conteúdos apresentados 	Método expositivo/participativo Debate	Questionário oral

9. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste trabalho pensamos ter conseguido elaborar correctamente uma acção de educação para a saúde, visto que estivemos vários dias em contacto com o grupo alvo, identificamos as necessidades, definimos prioridades, executamos o planeamento e a pesquisa bibliográfica e finalmente realizamos uma palestra.

Ao longo deste trabalho, referenciamos todos os aspectos que julgamos mais importantes de forma a dotar o grupo alvo de conhecimentos que lhes permitam alterar comportamentos e expusemo-los de forma a suscitar um debate.

A saúde é um factor de extrema importância para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, cuja missão é a de promover hábitos de vida e comportamentos saudáveis, pelo que, é seguindo esta Filosofia que nós como futuros Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria realizamos este trabalho com grande apreço.

10. BIBLIOGRAFIA

Royo, F., (2003), *Família e Saúde*, Rio de Mouro, Everest Editora

Quevauvilliers, J., e Perlemuter, L., (1986), *Dicionário de medicina para enfermagem – Enciclopédia Prática*, Lisboa, Climepsi Editores

Mello, M.^a, Barrias, J., Breda, J., (sem data), *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*, Direcção-Geral de Saúde.

ANEXOS


Anexo I

Conteúdos Apresentados




O que é o Alcoolismo?

é o consumo excessivo de álcool com o aparecimento de fenómenos de dependência.



O Alcoolismo em Portugal


- Portugal é o país com a mais elevada taxa de alcoolismo da União Europeia;
- É um dos países do mundo onde mais vinho se produz e mais bebidas alcoólicas se consomem;
- Estima-se que 10% da população portuguesa consome álcool excessivamente.



Como é a pessoa alcoólica?


- O alcoólico é um bebedor excessivo;

é uma pessoa vulnerável, que necessita de ajuda;




Consequências do consumo de bebidas alcoólicas

- Perturbações mentais;
- Perturbações de saúde física;
- Perturbações da relação com os outros e do seu comportamento social e económico;



Falsos Conceitos de Álcool

Vamos esclarecer todas essas mentiras...



O álcool não aquece



O álcool não mata a sede

- Quando se toma uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água que foi feita ao organismo sai pela urina. Aumenta, assim, a necessidade de água no organismo, logo a sede.

A solução para matar a sede, passa mesmo por bebermos água pura e fresca, se possível pelo menos 1,5l por dia.



O álcool não dá força

- A solução é mesmo um bom descanso e uma boa refeição, após estes dois conselhos as forças estarão no seu potencial.



O álcool não ajuda a digestão e não alimenta

Neste caso a dica é:

- Um ambiente calmo e tranquilo, a existência de uma mesa e cadeira confortável, onde nos possamos sentar e comer devagar e mastigar bem os alimentos;



O álcool não abre o apetite

Para abrir o apetite basta experimentar praticar um pouco de exercício físico;

Para além de nos abrir o apetite faz muito bem à saúde e promove-nos bem-estar.



O álcool não é um medicamento, não desinfecta.

Pelo contrário, com o uso frequente de álcool, aí sim será necessário tomar medicamentos, estes prescritos pelo médico.



O consumo de álcool em simultâneo com os medicamentos altera o seu efeito podendo potenciar os efeitos secundários ou anular o efeito.

Para reflectir...

O consumo excessivo de álcool em nada ajuda, bem pelo contrário, só prejudica e acarreta inúmeros problemas.

O álcool até põe as pessoas a ver a dobrar e a dobrar do que estão a ver.





Consequências do Alcoolismo

O fenómeno da dependência

No começo a busca é pelo prazer que a bebida proporciona. Depois de um período, quando a pessoa não alcança mais o prazer anteriormente obtido e aumenta a quantidade, não consegue interromper porque sempre que tenta surgem os sintomas desagradáveis da abstinência. Para evitá-los o indivíduo mantém o uso do álcool.


O álcool é o melhor amigo do homem... e o homem que faga do seu trabalho é um covarde!



Consequências do Alcoolismo

... Dependência


Dizem que a pessoa se torna dependente do álcool quando ela não tem mais forças para por si própria interromper ou diminuir o seu uso.



Consequências do Alcoolismo

... Tolerância



- A tolerância é a necessidade de doses maiores de álcool para a manutenção do efeito de embriaguez.
- No começo 3 copos de vinho eram suficientes para uma leve sensação de tranquilidade, depois de duas semanas (por exemplo) são necessárias 6 copos para o mesmo efeito.



Consequências do Alcoolismo

... no sistema nervoso

- O álcool influi sobre os sistemas de memória.
- Nas síndromes alcoólicas vê-mos estados de euforia patológica, depressões, estados de ansiedade na abstinência, delírios e alucinações, perda de memória e comportamento desajustado.

Consequências do Alcoolismo

... Sistema Gastrointestinal

A ingestão de uma grande quantidade de álcool pode levar a inflamação no estômago e esôfago e consequentemente provocar hemorragias, enjôos, vômitos e perda de peso.

Consequências do Alcoolismo

... Sistema Cardiovascular

Denss elevadas por muito tempo provocam lesões no coração provocando arritmias e outros problemas como trombas e acidentes cerebrais vasculares.

Consequências do Alcoolismo

... Hormonas Sexuais

No homem, o álcool contribui para lesões nos testículos, o que prejudica a produção de testosterona e a síntese de espermia, causando impotência.



Consequências do alcoolismo na vida familiar

- Os efeitos do alcoolismo sobre o funcionamento familiar são complexos;
- A família deixa de comunicar de forma adequada;
- Dinâmica da família perturbada: mau ambiente familiar, violência doméstica, divórcio;
- Toda a família sofre com os problemas do alcoólico.



Consequências para os filhos de alcoólicos

- Têm sido observadas maiores perturbações do que nas outras crianças;
- Maior probabilidade de desenvolver uma dependência alcoólica;
- Atrasos de crescimento, dificuldades escolares, alterações do carácter: instabilidade afectiva;
- Expostos aos maus tratos;
- Desequilíbrios da personalidade;



Se bebeu e quer voltar para casa sossegado, peça a um amigo que o conduza...



O álcool e o trabalho

- O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é responsável por cerca de 16 dos acidentes de trabalho;
- Aumenta a irritabilidade e a agressividade, e isto prejudica seriamente as relações de trabalho com os outros, afetando a sua imagem e a da empresa;
- Aumenta o absentismo;
- Há diminuição da produtividade;
- Aumenta a instabilidade laboral;
- Há o deslucimento;
- Há falta e morte por natureza.

Como se pode ajudar o doente alcoólico?



... através da intervenção familiar

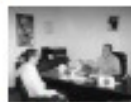
A família tem um papel muito importante, pois terá que apoiar e ajudar o alcoólico, para que este se liberte do problema que o afecta e prejudica. Só assim voltará de novo a **SORRIR**.



Como se pode ajudar o doente alcoólico?



... através da intervenção psicoterapêutica



Discutir com o utente as causas que o levaram ao alcoolismo, procurar em conjunto com o terapeuta definir estratégias e delimitar objectivos é essencial para um tratamento eficaz e para uma manutenção da abstinência.

Como se pode ajudar o doente alcoólico?



... através da intervenção farmacológica



Os fármacos têm aqui um papel fundamental, quer ao nível do período inicial de privação alcoólica, quer ainda ao nível da manutenção da abstinência.

Como se pode ajudar o doente alcoólico?



... através da intervenção com um grupo de ajuda



• Os grupos de ajuda têm um papel muito importante no tratamento desta doença. Muitas vezes são ex-alcoólicos que nos ajudam activamente. Os grupos funcionam como ajuda para muitos dos problemas sentidos pelos alcoólicos.

Antes de beber pense bem se quer este fim????



Antes de beber pense no que vai fazer...



... o consumo de álcool está ligado a várias doenças:

- hipertensão arterial;
- acidente vascular cerebral;
- insuficiência cardíaca;
- doença mental;
- cancro do esófago ou do estômago;
- diabetes gestacional ou do adulto;
- cirrose do fígado;
- ...

Esteja atento!!



Já algumas vezes...

- Tive conflitos em casa, no trabalho ou com amigos?
- Tive falta de memória?
- Dificuldade em concentrar-se?
- Ventade de beber logo pela manhã?
- Sentiu formigalões, adormecimento dos dedos?
- Tive náuseas, dor e cansaço muscular?

Pense bem ...

Conclusão



O alcoolismo é uma doença, que afecta o doente e toda a dinâmica familiar. A nossa intervenção baseia-se exactamente no doente e na sua família, em interacção com outros sistemas de suporte externos, essenciais para a sua reabilitação.

"Uma longa jornada começa sempre por um único passo."

Lao-Tsé



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

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

[Educação para a Saúde]
Saúde Mental Positiva

Lígia Estefânia Ribeiro Pires
Paulo Alexandre Narciso Cerqueira

Hospital de Braga
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Homens

BRAGA, NOVEMBRO DE 2009



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

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



Vida Positiva

**[Educação para a Saúde]
Saúde Mental Positiva**

Orientadora:

Prof. Regina Sousa

Tutores:

Enf.ª Alice

Enf.ª Raquel

Enf.ª Rui

Elaborado por:

Lígia Pires _____

Paulo Cerqueira _____

Hospital de Braga

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Homens

BRAGA, NOVEMBRO DE 2009

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, realizado no âmbito da Educação para a Saúde, surgiu da necessidade de incutir nos adultos do género masculino, estilos de vida promotores da saúde mental, uma vez que durante a etapa de identificação das necessidades detectamos como sendo uma das necessidades primordiais a realização de uma sessão de educação para a saúde baseada no tema “Saúde Mental Positiva”, uma vez que, um número significativo dos utentes revela dificuldade em manter o equilíbrio mental, físico, social e espiritual, demonstrando inadaptação para enfrentar as exigências da vida.

Assim, com a realização desta formação visamos melhorar as nossas capacidades formativas, aumentando as nossas competências ao nível da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e, deste modo, cumprir mais uma das actividades a que nos propusemos no documento “Projecto de estágio”.

Para a elaboração deste trabalho foi realizada alguma pesquisa bibliográfica, porém, não existe grande informação acerca esta temática, pelo que nos centramos num autor em particular.

I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS/NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

Após diversos dias de contacto com a população, detectamos que os utentes apresentam pouca atitude pró-social, autocontrolo reduzido, baixos níveis de autonomia, pouca capacidade de resolução de problemas e auto-actualização, bem como habilidades de relacionamento interpessoal diminuídas. Assim, os factores promotores da saúde mental positiva encontram-se presentes em grau diminuído numa parte significativa dos utentes que frequentam o Serviço de Internamento Homens do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Porto.

II. ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES

Esta necessidade tornou-se uma das nossas prioridades uma vez que a promoção da saúde mental é uma intervenção que se revela muito importante quando as pessoas se encontram internadas por apresentarem patologia mental.

III. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS

O objectivo geral desta formação é que os utentes se consciencializem das estratégias para adquirirem mais saúde mental, sendo os objectivos específicos:

- Reconhecer a importância de um conjunto de comportamentos importantes para a promoção da saúde mental;
- Adquirir conhecimentos que permitam implementar hábitos de vida promotores de saúde mental.

IV. GRUPO ALVO

Todos os utentes estáveis, institucionalizados no serviço de internamento á datam de realização da formação.

V. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES

A estratégia utilizada nesta sessão tem em conta o grupo de utentes a abordar, constando da realização de uma palestra que tem em atenção o facto de se tratar de utentes com algum tipo de patologia mental. Assim sendo, será utilizada uma linguagem simples, clara e acessível, tendo em atenção a categoria da comunicação inserida no método educativo.

As actividades realizar-se-ão de forma a proporcionar mais informação, ajudando os participantes a desenvolver mecanismos de alteração comportamental, com o objectivo de os preparar para fazer face a possíveis problemas, através do fornecimento de informação sobre os estilos de vida a adoptar para a promoção da saúde mental.

VI. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

Os conteúdos seleccionados têm em conta o tema escolhido (Anexo I). Do ponto de vista bibliográfico, este trabalho baseou-se nos estudos de investigação elaborados por M^a Teresa Llunch, Catedrática de Enfermagem Psicossocial e de Saúde Mental na Universidade de Barcelona, inseridos no Livro *Saúde Mental e Equilíbrio Social* (2008) da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, intitulados: *Promoción de la Salud Mental: Cuidarse para Cuidar Mejor*.

VII. AVALIAÇÃO

Avaliação a curto prazo: (Anexo II)

- Participação do público-alvo.
- Resposta ao questionário final.

Avaliação a médio prazo:

- Aplicação prática dos conhecimentos aprendidos.

VIII. PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

<p>Tema: Saúde Mental Positiva</p> <p>Responsável: Mestrandos em ESMP da UCP e Enf.º Orientadores</p> <p>Data: 2009/11/19</p> <p>Hora: 17:00H</p> <p>Local: Serviço de Internamento</p> <p>Duração: 25 minutos</p>	<p>Objectivos:</p> <p>Relativamente aos formandos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância de um conjunto de comportamentos importantes para a promoção da saúde mental; • Adquirir conhecimentos que permitam implementar hábitos de vida promotores de saúde mental.
--	---

Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégia	Avaliação
Introdução	3'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Introdução ao tema • Motivação • Objectivos • Metodologia 	Método expositivo/participativo	<p>Avaliação a curto prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação do público alvo. • Resposta ao questionário final <p>Avaliação a médio prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação prática dos conhecimentos aprendidos.
Desenvolvimento	15'	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos sobre Saúde Mental Positiva; • Sugestões para aumentar o bem-estar mental. 	Método expositivo /participativo Debate	
Conclusão	7'	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias principais • Esclarecimento das dúvidas sobre os conteúdos apresentados 	Método expositivo/participativo Debate	

IX. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste trabalho pensamos ter conseguido elaborar correctamente uma acção de educação para a saúde, visto que estivemos vários dias em contacto com o grupo alvo, identificamos as necessidades, definimos prioridades, executamos o planeamento e a pesquisa bibliográfica e finalmente realizamos uma palestra.

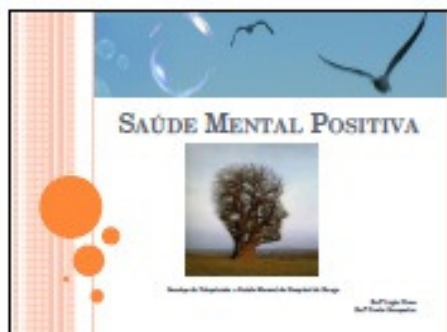
Ao longo deste trabalho, referenciamos todos os aspectos que julgamos mais importantes de forma a dotar o grupo alvo de conhecimentos que lhes permitam alterar comportamentos e expusemo-los de forma a suscitar um debate.

A saúde é um factor de extrema importância para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, cuja missão é a de promover hábitos de vida e comportamentos saudáveis, pelo que, é seguindo esta Filosofia que nós como futuros Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria realizamos este trabalho com grande apreço.

ANEXOS

Anexo I

Conteúdos Apresentados



O QUE É A SAÚDE MENTAL POSITIVA?

... é procurar criar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se vive ou se encontra. É necessário promover e potenciar estados positivos de alegria e de bem-estar (felicidade, alegria, entusiasmo), mas também dar espaço à nossa mente para expressar a sua própria complexidade e a da vida em geral.

(Lima, 2002)

É estar contente e feliz, nos momentos gratificantes da vida

Podão não fazer a felicidade diretamente, mas sim fazer a felicidade indiretamente.

É estar triste nos momentos tristes, mas ter capacidade de manter o funcionamento pessoal e social; manter a capacidade de se cuidar, de continuar o trabalho e ser resiliente.

SAÚDE MENTAL É EQUILÍBRIO?

- Equilíbrio – físico, social, mental e espiritual;
- Como nos vemos ou sentimos;
- Como vemos ou sentimos os outros;
- Como enfrentamos as exigências da vida.

O QUE É NECESSÁRIO FAZER PARA MANTER A SAÚDE MENTAL?

- Ter atenção ao estilo de vida;
- Manter equilíbrio entre o que fazemos (não fazer de mais nem de menos);
- Equilíbrio no trabalho/escola, no lazer e no descanso;

QUAIS SÃO OS FACTORES QUE INFLUENCIAM A SAÚDE MENTAL POSITIVA?

Satisfação pessoal;
 Atitude pro-social;
 Autocontrolo;
 Autonomia;
 Resolução de problemas e Auto-actualização;
 Habilidades de relacionamento interpessoal



QUAIS SÃO AS SUGESTÕES PARA REFORÇAR O NOSSO BEM ESTAR MENTAL?



• **Sugestão 1** - Valorizar positivamente as coisas boas que temos na nossa vida;

Sugestão 2

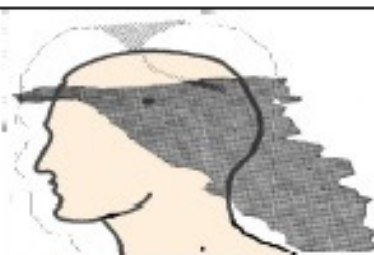


Colocar sorriso nas actividades de dia a dia. A felicidade está escondida em cada passo. Não temos que enfrentar as rotinas diárias (ir para a escola, comprar, trabalhar, etc...) como um castigo. Há que encontrar nelas aspectos positivos e encará-las favoravelmente;



"Of course money can't buy happiness — not on your salary!"

Sugestão 3 - Não sermos severos conosco, nem com os demais. A tolerância, a compreensão, a flexibilidade são óptimos técnicos para a felicidade;




Sugestão 4 - Não deixar que as emoções negativas bloqueiem a nossa vida;

Sugestão 5

Conscientizar os bons momentos quando os mesmos acontecem, desfrutar das coisas boas do presente, ao invés de viver do passado, ou esperar que aconteçam no futuro;






Sugestão 6 - Não ter medo de rir, de sentir, no momento certo. Há que interagir com normalidade os nossos sentimentos;



Sugestão 7 - Procurar espaços e actividades que proporcionem o relaxamento mental (passear, ler, não fazer nada, jardinar, ouvir música, conversar com os amigos, ...);



Sugestão 8 - Tentar resolver os problemas conforme vão surgindo, mesmo que nem sempre as soluções sejam as melhores. Acumular problemas só potencia o mal-estar;



Sugestão 9 - Cuidar das relações interpessoais. Falar com os entes queridos, com os amigos, com os vizinhos, partilhar tertúlias com os colegas, etc;



Anexo II

Avaliação da Formação - Curto Prazo

Avaliação da Formação – Curto prazo

Participação do público-alvo:

O grupo de utentes participou activamente na sessão de educação para a saúde, sendo evidente um elevado interesse nos conteúdos apresentados e nas imagens expostas. Os temas foram alvo de debate acessório, uma vez que os utentes valorizavam diferentes factores tais como o trabalho, o descanso e a familiar.

Resposta ao questionário final:

Questão nº 1 – A tristeza, a ansiedade, a melancolia e a angústia, dentro de limites, são indicadores de saúde mental positiva?

Respostas correctas: 72,7%

Respostas erradas: 27,3%

Questão nº 2 – A vida quotidiana das pessoas não é estável, sucedendo acontecimentos bons e maus, agradáveis e desagradáveis, portanto, os estados emocionais acabam por flutuar?

Respostas correctas: 100%

Questão nº 3 – Saúde Mental Positiva não é estar e sentir-se sempre feliz e contente. Mas sim tentar estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias em que cada um se encontra?

Respostas correctas: 100%

Comentários finais dos formandos:

“Criar postos de trabalho é a melhor forma para contribuir para a saúde mental”

“A melhor forma para promover a minha saúde mental é passear pela montanha”

“Gosto de meditar para contribuir para a minha saúde mental”

“A família é uma das minhas maiores fontes de saúde mental”

Anexo XI

ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Formação em Serviço

Cuidar o Cuidador –
Saúde Mental
Positiva

Lígia Pires e Paulo Cerqueira

FUNDAÇÃO: A promoção da saúde mental é um espaço onde se cuida a partir da ausência de doença mental e com o objectivo de potenciar, reforçar, manter e estimular aspectos saudáveis do funcionamento mental da pessoa, sendo que, a doença constitui claramente uma fonte de stress, não só para o indivíduo mas também para a família e, mais directamente, para o prestador de cuidados formal ou informal. Desta forma, sabe-se que a promoção da saúde mental não só incide no trabalho com pessoas mentalmente saudáveis, como também em pessoas com problemas mentais, onde a intervenção fundamental é a promoção/desenvolvimento de aspectos saudáveis que a pessoa conserva.

OBJECTIVOS GERAIS:

Dotar os profissionais de estratégias para responder às situações de stress da melhor forma possível promovendo a saúde mental.

DESTINATÁRIOS:

Todos os colaboradores da CSBJ

CALENDARIZAÇÃO:

Carga Horária: 1,30 horas

Horário: 10h – 11h30 ou 14h-15h30

Ações: 2

Dias: 20 Janeiro 2010

Local: Casa de Saúde Bom Jesus

FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE SELECÇÃO DOS FORMANDOS:

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

Reconhecer a importância de um conjunto de comportamentos importantes para a promoção da saúde mental;

Adquirir conhecimentos que permitam implementar hábitos de vida promotores de saúde mental;

Promover o auto-cuidado com vista uma melhor prestação de cuidados.

RECURSOS MATERIAIS E ESPAÇO

(REQUISITOS):

Sala de Formação;
Videoprojector e PC;
Colunas de áudio.

METODOLOGIAS:

Métodos expositivo e activo;
Exercícios práticos

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:
Contínua de Actualização

FORMA DE ORGANIZAÇÃO: Em sala

RECURSOS PEDAGÓGICOS:

Exercícios práticos;
Manual da Formação;
Grêlhas de observação

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO:

Questionário de avaliação;

CERTIFICADO

Atribuição de Certificado no final do Curso, de acordo com os critérios de avaliação referidos.

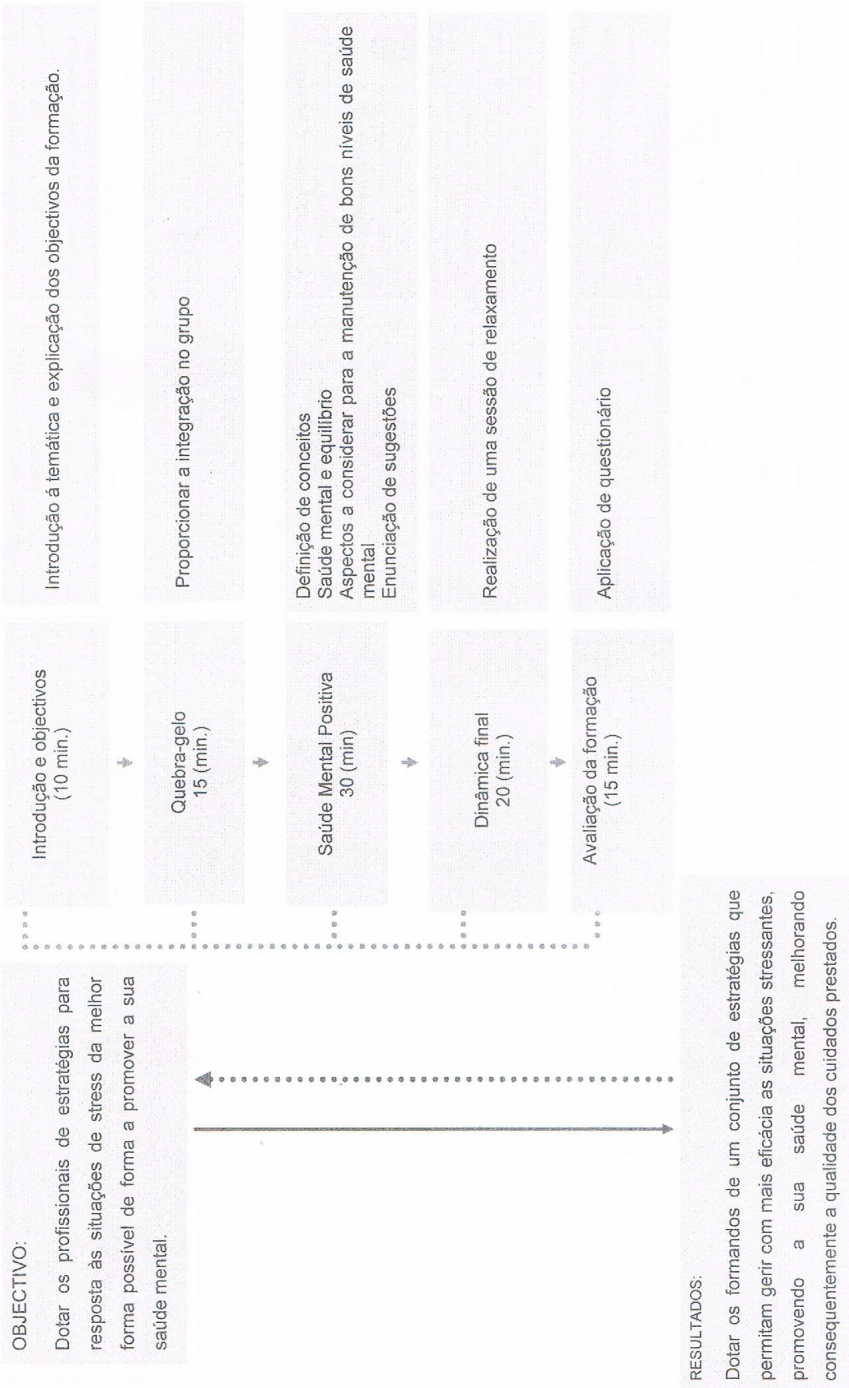
EQUIPA:

Coordenação pedagógica: Paula Palmeira

Formadores:

Lígia Pires

Paulo Cerqueira





IRMÃS
HOSPITALEIRAS
de Sagrada Coração de Jesus

METODOLOGIAS UTILIZADAS

Designação do Curso: Cuidar o Cuidador - Serviço de Saúde Pública Acção n.º: 2

METODOLOGIAS DE FORMAÇÃO

Afirmativas: •Expositivo, debate e exercícios
•Demonstrativo
•Trabalhos Práticos
•Outros _____

Interrogativas: •Dedutivo
•Indutivo
•Outros _____

Activas: •Pedagogia de Projecto
•Estudo de Casos
•Trabalho em Grupo
•Jogos de Simulação
•Outros _____

METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO

Avaliação de Reacção

•Diagnóstica

Avaliação da Aprendizagem •Formativa

•Sumativa

Avaliação de Impacto

Observação: •Greilha de Observação
•Lista de ocorrências
•Escala de Classificação
•Outros _____

Form. Perguntas: •Oral
•Escrita
•Emparelhamento
•Escolha Múltipla

•Verdadeiro/Falso
•Para Completar
•Outros _____

Medição: •Testes
•Outros _____

O FORMADOR

Paula Espirito

O COORDENADOR DO CURSO



IRMÃS
HOSPITALEIRAS
do Sagrado Coração de Jesus

RECURSOS TÉCNICO-PEDAGÓGICOS UTILIZADOS

Designação do Curso:

Cuidar o Cuidador - curso teórico
En vivo

Ação n.º:

2

RECURSOS TÉCNICO-PEDAGÓGICOS

- Scripto:
- Bateria de Exercícios
 - Documentos de Apoio/Leituras Complementares
 - Checklist de procedimentos
 - Outros _____
- Visuais:
- Cronograma
 - Diapositivos
 - Outros _____
- Scriptovisuais:
- Mapa de Aprendizagem
 - Manual de Apoio
 - Outros _____
- Audiovisuais:
- Vídeo pedagógico
 - Powerpoint
 - Outros _____
- Multimédia:
- CD ROM
 - Simulador
 - Outros _____

EQUIPAMENTOS/MATERIAIS DE APOIO AOS RTP

- Visuais não projectáv
- Documentos Escritos
 - Quadro Branco
 - Quadro Preto
 - Quadro de papel (flipchart)
 - Outros _____
- Visuais projectáveis:
- Projector (data-show)
 - Tela de projecção
 - Outros _____
- Audiovisuais:
- TV
 - Vídeo/DVD
 - Câmara de filmar
 - Computador
 - Computador Portátil
 - Outros _____

O FORMADOR

Paulo Capurro

O COORDENADOR DO CURSO



IRMÃS
HOSPITALEIRAS
de Sagrada Coração de Jesus

RECURSOS TÉCNICO-PEDAGÓGICOS UTILIZADOS

Designação do Curso:

Cuidar o Cuidador - Sujeito 10760
En vivo

Ação n.º:

2

RECURSOS TÉCNICO-PEDAGÓGICOS

- Scripto:
- Bateria de Exercícios
 - Documentos de Apoio/Leituras Complementares
 - Checklist de procedimentos
 - Outros _____
- Visuais:
- Cronograma
 - Diapositivos
 - Outros _____
- Scriptovisuais:
- Mapa de Aprendizagem
 - Manual de Apoio
 - Outros _____
- Audiovisuais:
- Vídeo pedagógico
 - Powerpoint
 - Outros _____
- Multimédia:
- CD ROM
 - Simulador
 - Outros _____

EQUIPAMENTOS/MATERIAIS DE APOIO AOS RTP

- Visuais não projectáv
- Documentos Escritos
 - Quadro Branco
 - Quadro Preto
 - Quadro de papel (flipchart)
 - Outros _____
- Visuais projectáveis:
- Projector (data-show)
 - Tela de projecção
 - Outros _____
- Audiovisuais:
- TV
 - Vídeo/DVD
 - Câmara de filmar
 - Computador
 - Computador Portátil
 - Outros _____

O FORMADOR

Paulo Lopes

O COORDENADOR DO CURSO



IRMÃS HOSPITALEIRAS
do Sagrado Coração de Jesus
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

Todos os serviços

CC: Direcção

N/ Ref.
DF/02/2010

Braga, 15 de Janeiro de 2010

Assunto: Formação "Saúde Mental Positiva"

Saudações Hospitaleiras!

Serve a presente para informar que se irá realizar no dia 20 de Janeiro de 2010, na Sala de Formação (Campo de Férias), formação de "Saúde Mental Positiva" e tem como destinatários **todos os colaboradores**.

A formação tem a duração de 1:30 h, sendo realizada em dois períodos distintos.

Calendarização

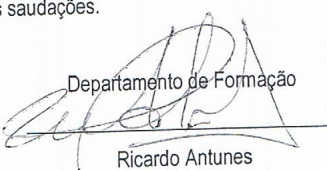
- 20 de Janeiro (10:00/11:30 horas) – Grupo 1.º
- 20 de Janeiro (14:00/15:30 horas) – Grupo 2.º

Solicita – se a melhor organização possível por parte dos serviços na divisão dos colaboradores pelos grupos.

NOTA: As inscrições deverão ser entregues até ao dia 18 de Janeiro no Departamento de Formação.

Sem outro assunto, me despeço com cordiais saudações.

Departamento de Formação


Ricardo Antunes



IDENTIFICAÇÃO DO FORMADOR

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Rui Alexandre Narciso Cerveira
NATURALIDADE: Ponte de Lima DATA NASC: 20.04.1983
B. I. 12358747 DATA: 1/1 ARQUIVO: Viana Castelo
N.º CONTRIBUINTE _____ PROFISSÃO: Enfermeiro
N.º do C.A.P. _____ Válido até _____

ENDEREÇO

MORADA: Barco - Avelãs
CODIGO POSTAL: 4990-515 LOCALIDADE: Ponte de Lima
TELEFONE: 96253 209 TELEMÓVEL: _____
ENDEREÇO ELECTRÓNICO: narcisocerveira@hdsjmail.com

BASE DE DADOS DO INSTITUTO

Desejo fazer parte da base de dados interna de formadores do Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus
Para tal autorizo a divulgação dos dados que constam nesta ficha aos Departamentos de Formação desta Instituição, com
vista a futuro contactos para formação.

Sim Não

ÁREAS DE FORMAÇÃO

- Ciências da Saúde: Enfermagem
- _____
- _____

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Curso/Especialização	Estabelecimento de Ensino	Ano
<u>Licenciatura</u>	<u>UF P</u>	<u>2006</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Funções	Empresa/Entidade	Ano
<u>Enfermeiro</u>	<u>Cos do Saúde do Bom Jesus</u>	<u>2006-2007</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Os dados pessoais serão apenas utilizados para fins internos à instituição,
encontrando-se protegidos de acordo com a Lei n.º67/98 de Protecção de Dados Pessoais

Permito a divulgação dos meus Dados Pessoais ao DGERT/DSQA
para efeito de eventual auscultação por parte do Sistema de Acreditação

SIM NÃO





IRMÃS
HOSPITALEIRAS
de Saúde Católica do Brasil

FICHA DE INSCRIÇÃO

1. Identificação do Curso

Designação do Curso: _____
Período de Realização de: _____ Horário das _____

2. Identificação

Nome: _____
Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____
Natural de _____ Nacionalidade _____
Bilhete de Identidade n.º _____ Data: ____/____/____ Arquivo de Identificação _____
Cartão do Cidadão n.º _____ Valido até ____/____/____
Habilitações Literárias _____

3. Situação Profissional

Entidade Empregadora _____ Tempo de trabalho na Instituição: _____
Serviço _____ Categoria Profissional _____

4. Considera que a frequência desta acção de formação irá contribuir para um melhor desempenho das suas funções?

Porquê?


5. Outras Informações/Sugestões

Os dados pessoais serão apenas utilizados para fins internos à instituição,
encontrando-se protegidos de acordo com a Lei n.º 67/98 de Protecção de Dados Pessoais

Permito a divulgação dos meus Dados Pessoais à DSQA
para efeito de eventual auscultação por parte do Sistema de Acreditação

SIM NÃO

Sumários

 IRMÃS HOSPITALEIRAS <small>do Sagrado Coração de Jesus</small>	Curso "Cuidar o Cuidador - Saúde Mental Positiva"	Ação N° 2
	Horário: das 14:00 às 15:30	Sessão N° 1

MÓDULO : _____

DIA	SUMÁRIO	Tipo de Formação
29/01/2010	Dinâmica de grupo inicial - lista de instruções Saúde Mental Positiva: Definição, conceitos básicos e ações Sessão de relaxamento físico	<input type="checkbox"/> SC <input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PCT

Nome do Formador
(de forma legível)

Paulo Alexandre Norais Gouveias

Assinatura/Rúbrica

Paulo Alexandre Gouveias

O Coordenador do Curso

- Legenda:
- SC - Sócio-Cultural
 - CT - Científico-tecnológica
 - PS - Prática Simulada
 - PCT - Prática em Contexto de Trabalho

Questionário de Avaliação

Nome: _____ Unidade: _____

1. Responda Verdadeiro (V) ou Falso (F) a cada uma das seguintes questões

_____ A tristeza, a ansiedade, a melancolia e a angustia, dentro de limites, são indicadores de saúde mental positiva.

_____ A vida quotidiana das pessoas não é estável, sucedendo acontecimentos bons e maus, agradáveis e desagradáveis, portanto, os estados emocionais acabam por flutuar.

_____ Saúde Mental Positiva não é estar e sentir-se sempre feliz e contente. Mas sim tentar estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias em que cada um se encontra.

_____ Não é necessário tentar resolver os problemas conforme vão surgindo, principalmente quando as soluções não são as melhores uma vez que a acumulação de problemas não potencia o mal-estar.

_____ A saúde mental traduz-se num equilíbrio físico social mental e espiritual

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Avaliação de reacção/satisfação dos formandos

Responda a cada questão assinalando com uma cruz, sobre a pontuação 1-4, correspondendo à seguinte legenda:

1- Nada 2- Pouco 3- Muito 4- Muitoíssimo

Organização e Desenvolvimento da Acção de Formação

- 1- Os objectivos foram cumpridos?
- 2- O conteúdo da Acção de Formação foi importante para o seu trabalho?
- 3- Houve motivação e participação por parte dos Formandos?
- 4- Os exercícios e/ou actividades desenvolvidas foram de boa compreensão?
- 5- Os meios audiovisuais utilizados ajudaram à compreensão das ideias transmitidas?
- 6- A documentação suporte foi bem elaborada e útil para o desenvolvimento da Acção de Formação?
- 7- A Formação teve a duração adequada para a sua realização?

Desempenho do Formador

- 8- Clareza nas explicações?
- 9- A linguagem utilizada foi acessível?
- 10- Houve empenho em conseguir transmitir com clareza a informação?
- 11- Motivou os Formandos?
- 12- Fomentou o trabalho/debate de Grupo?
- 13- Utilizou as diferentes Técnicas e Instrumentos de Comunicação correctamente?

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Sugestões/ Críticas:

Quais os Temas considerados mais interessantes? Porque?

Quais os Temas que gostaria de desenvolver mais profundamente?

Outras Sugestões/Observações:



Obrigado pelo sua participação!



Relatório do Formador

Ao formador: a sua opinião é importante, agradecemos desde já a colaboração no preenchimento do questionário para que possamos melhorar.

1. Identificação da acção: <u>Cuidar o Cuidador - Serviço Hospital Positivo.</u>	Data: <u>20/01/2010</u>
1.2. Local de realização: <u>Casa de Saúde do Boeu Jesus.</u>	
1.3. Formador: <u>Paulo Alexandre Pereira Correia</u>	

2. TEMAS
2.1. Quais os temas que considera terem despertado mais interesse aos participantes? <u>Comparação de conceitos e técnicas</u>
Porquê? <u>suscitam interesse pessoal.</u>
2.2. Quais os temas que considera terem despertado menos interesse aos participantes? <u>Factores de influência.</u>
Porquê? <u>Por se tratarem de factores externos, técnicos ou incontroláveis.</u>
2.3. Que outros temas sugere para complementar e/ou aprofundar os conhecimentos abrangidos por esta acção? <u>Estudos de caso relacionados com a prática sessões de relaxamento.</u>

3. DECURSO DA ACÇÃO		1	2	3	4	5	6
3.1. Definição dos objectivos	adequada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inadequada
3.2. Estrutura do programa	adequada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inadequada
3.2.1. Se respondeu inadequada, especifique _____							

3.3. Duração da acção	adequada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inadequada
3.4. Participação dos formandos	adequada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inadequada
3.5. Oportunidade para utilizar a experiência individual dos formandos	adequada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inadequada
3.6. Equipamento disponível	adequado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inadequado
3.7. O que mais lhe agradou <u>a adesão</u>							
3.8. Dificuldade que sentiu _____							

4. PARTICIPANTES:							
Qual a apreciação global do grupo?		(-)	1	2	3	4	5 (+)
• Interesse evidenciado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Capacidade de aprendizagem			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Participação activa nas sessões			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Relacionamento inter-formandos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Relação formador/formandos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mobilização de experiência profissional			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. METODOLOGIA E RECURSOS PEDAGÓGICOS							
5.1. Que metodologia(s) privilegiou nesta acção de formação?							
<u>Interactiva / participativa.</u>							

5.2. Que recursos pedagógicos utilizou?							
- Projector (data show)	<input checked="" type="checkbox"/>	- Quadro de papel (flipchart)	<input type="checkbox"/>				
- Diapositivos	<input checked="" type="checkbox"/>	- Computador	<input checked="" type="checkbox"/>				
- Vídeo/DVD/TV	<input type="checkbox"/>	- Máquina de filmar	<input type="checkbox"/>				
- Gravador/Leitor de som	<input checked="" type="checkbox"/>	- Outros	<input type="checkbox"/>				
- Quadro branco	<input type="checkbox"/>	_____					

5.2.1. Se notou deficiências nos recursos que utilizou diga quais:							

5.2.2. Que outros recursos poderiam ter melhorado a acção de formação:							

Avaliação da Formação

Participação do público-alvo:

Esta formação contou com uma grande adesão de diversos colaboradores da instituição, que participaram activamente nas dinâmicas propostas, sendo evidente um elevado interesse nos conteúdos apresentados e nas imagens expostas.

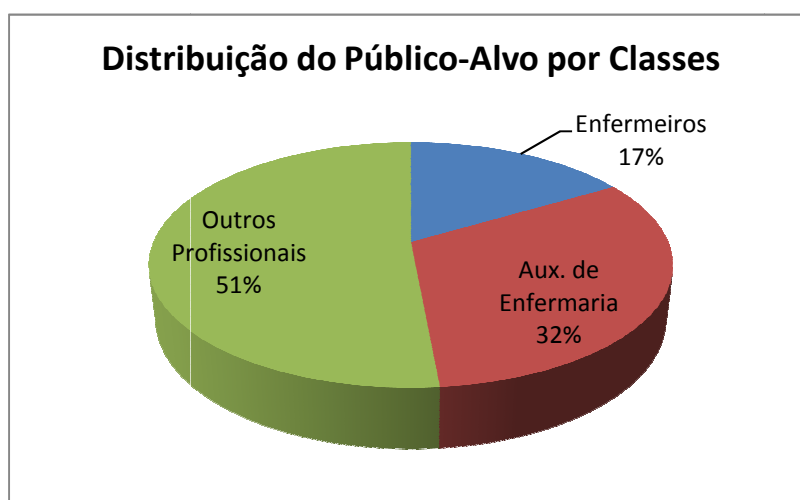


Gráfico n.º I

Analisando o gráfico n.º I, relativo à distribuição do público-alvo por classes, constata-se que da frequência de um total de 103 colaboradores a desempenhar funções diferenciadas na Casa de Saúde do Bom Jesus, 51% desempenham funções em serviços de apoio, tais como secretaria, recepção, lavandaria, ateliers, cozinha, ginásio e 49% em unidades de prestação de cuidados.

Resposta ao questionário final:

Com vista a uma análise dos resultados da formação, os colaboradores foram divididos em três classes: Enfermeiros, Auxiliares de Enfermaria e Outros Profissionais.

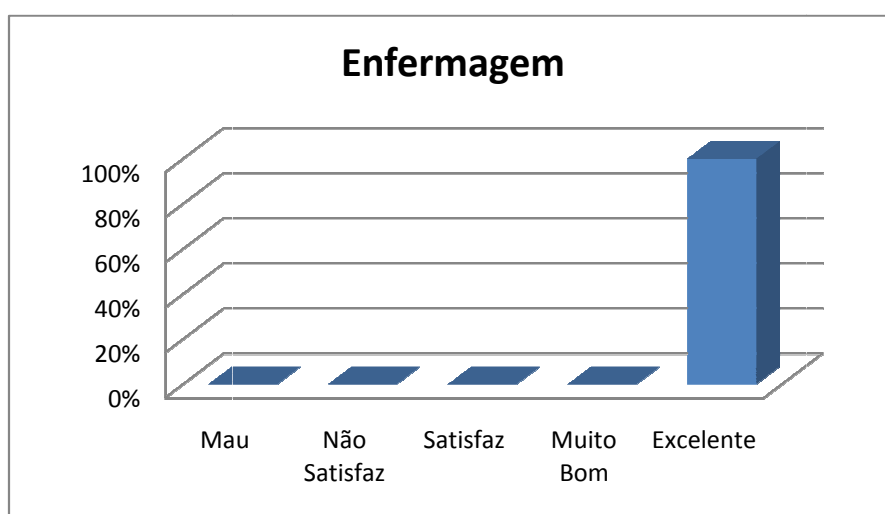


Gráfico n.º 2

Através da análise do gráfico n.º 2, é possível verificar que os Enfermeiros obtiveram uma classificação global de Excelente.

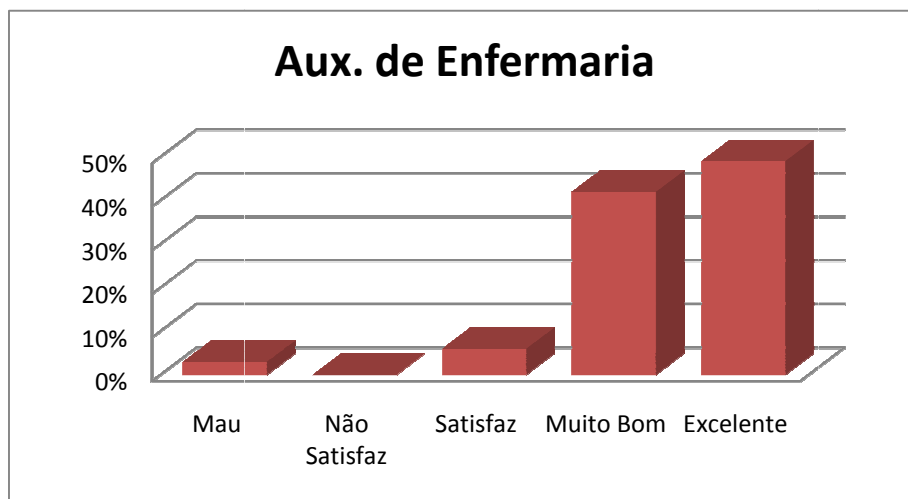


Gráfico n.º 3

O gráfico n.º 2 permite-nos concluir que 91% dos Auxiliares de Enfermaria obtiveram uma classificação entre o Excelente e o Muito Bom, sendo que, apenas 3% tiveram classificação de Mau.

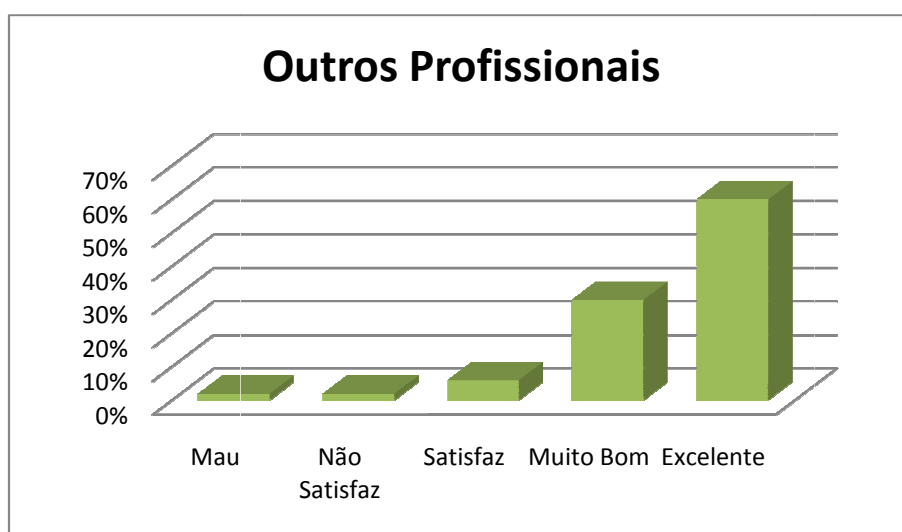


Gráfico n.º 4

A interpretação do gráfico n.º 4 permite-nos concluir que 90% dos Outros Profissionais obtiveram uma classificação entre o Excelente e o Muito Bom.

Avaliação Global

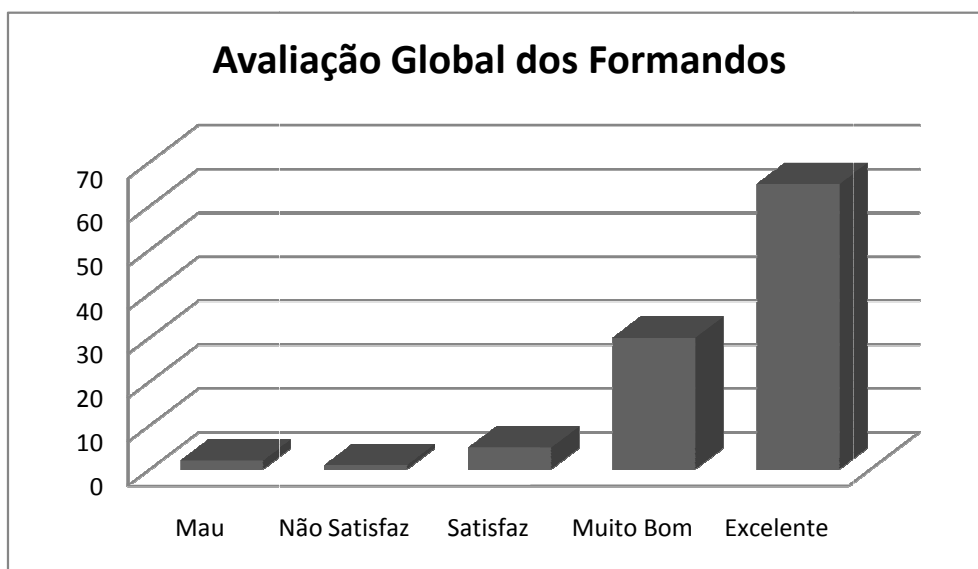


Gráfico n.º 5

O gráfico n.º 5, respeitante à avaliação global dos formandos, reflecte que 93% dos formandos obtiveram uma avaliação entre o Excelente e o Muito Bom.

Comentários finais dos formandos:

“De formações deste tipo é que nós precisamos”

“Esta é uma forma que a casa tem para cuidar de nós para prestarmos melhores cuidados”

“Reflecti sobre temas que já conhecia mas que normalmente deixo para segundo plano”

LISTA DE INSTRUÇÕES

O tempo já está a passar!

SEJA RÁPIDO, mas leia tudo antes de iniciar qualquer tarefa:

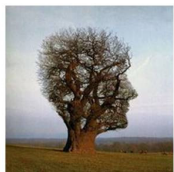
1. Obediência e perseverança são a chave para o sucesso.
2. Escreva o seu **nome** no canto superior direito desta folha.
3. Diga o seu nome em voz alta.
4. **Desenhe**, no verso desta folha, uma casa e uma árvore.
5. Fique de olhos fechados durante vinte segundos e reflita sobre a sua **família**.
6. Abra os olhos, levante os braços e diga: "**Eu sou uma pessoa feliz!**"
7. Levante-se da cadeira e **bata palmas** 3 vezes.
8. Dê um abraço a si próprio e diga: "**Eu adoro-me!**"
9. Troque de lugar com outra pessoa e diga-lhe: "**És uma boa colega de trabalho**".
10. Juntamente com outra pessoa cante o "**Atirei o pau ao gato...**".
11. Volte a sentar-se na sua cadeira e diga: "**Finalmente isto está a terminar!**"
12. Mas antes... pense um pouco nas maiores **dificuldades** sentidas no dia-a-dia e como poderá ultrapassá-las.
13. Agora que acabou de ler todas as questões, execute apenas a número 2 e a número 12 e aguarde.

Parabéns!

Slides de Apoio



SAÚDE MENTAL POSITIVA



Casa de Saúde do Bom Jesus

Enf. Ligia Pires
Enf. Paulo Cerqueira



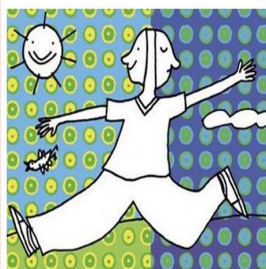
É estar contente e feliz, nos momentos gratificantes da vida

SAÚDE MENTAL É EQUILÍBRIO?

- Equilíbrio – físico, social, mental e espiritual;
- Como nos vemos ou sentimos;
- Como vemos ou sentimos os outros;
- Como enfrentamos as exigências da vida.



O QUE É A SAÚDE MENTAL POSITIVA?



“... é procurar estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que cada um se encontra. É necessário promover e potenciar estados positivos de alegria e de bem-estar (felicidade, alegria, satisfação), mas também dar espaço à nossa mente para expressar a sua própria complexidade e a da vida em geral.

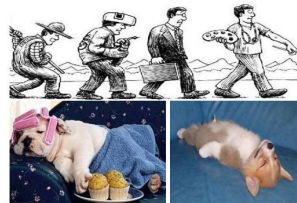
(Lluch, 2002)



Todos nós temos o direito de ficar triste, mas não temos o direito de passar isso adiante.

É estar triste nos momentos tristes, mas ter capacidade de manter o funcionamento pessoal e social; manter a capacidade de se cuidar, de continuar o trabalho e ser resiliente.

O QUE É NECESSÁRIO FAZER PARA MANTER A SAÚDE MENTAL?



- Ter atenção ao estilo de vida;
- Manter equilíbrio entre o que fazemos (não fazer de mais nem de menos).
- Equilíbrio no trabalho, no lazer e no descanso;

QUAIS SÃO OS FACTORES QUE INFLUENCIAM A SAÚDE MENTAL POSITIVA?

Satisfação pessoal;
Atitude pro-social;
Autocontrolo;
Autonomia;
Resolução de problemas e Auto-actualização;
Habilidades de relacionamento interpessoal



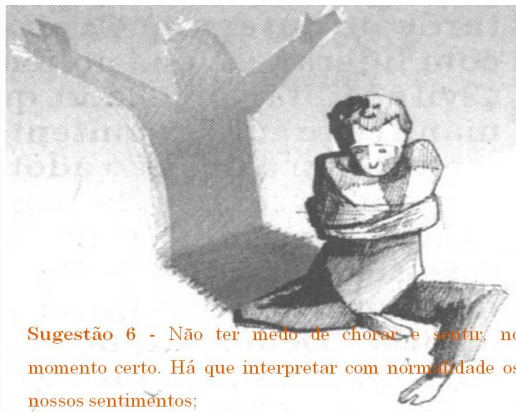
Sugestão 2



Colocar carinho nas actividades do dia a dia. A felicidade está escondida em cada passo. Não temos que enfrentar as rotinas diárias (correr para o autocarro, comprar, trabalhar, etc...) como um castigo. Há que encontrar nelas aspectos positivos e encará-las favoravelmente;



Sugestão 4 - Não deixar que as emoções negativas bloqueiem a nossa vida;



Sugestão 6 - Não ter medo de chorar e sentir, no momento certo. Há que interpretar com normalidade os nossos sentimentos;

QUAIS SÃO AS SUGESTÕES PARA REFORÇAR O NOSSO BEM ESTAR MENTAL?



Sugestão 1 - Valorizar positivamente as coisas boas que temos na nossa vida;



"Of course money can't buy happiness — not on your salary!"

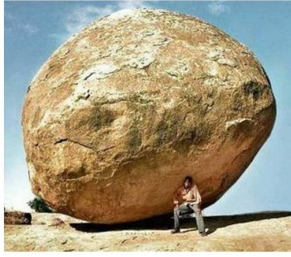
Sugestão 3 - Não sermos severos connosco, nem com os demais. A tolerância, a compreensão, a flexibilidade são óptimos tónicos para a felicidade;

Sugestão 5

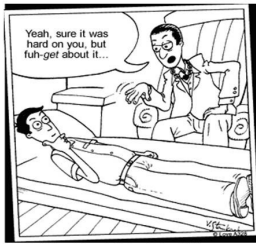
Consciencializar os bons momentos quando os mesmos acontecem, desfrutar das coisas boas do presente, ao invés de viver do passado, ou esperar que aconteçam no futuro;



Sugestão 7 - Procurar espaços e actividades que proporcionem o relaxamento mental (passear, ler, não fazer nada, jardinar, ouvir música, conversar com os amigos,...);



Sugestão 8 - Tentar resolver os problemas conforme vão surgindo, mesmo que nem sempre as soluções sejam as melhores. Acumular problemas só potencia o mal-estar;



Sugestão 10 - Não esquecer de pintar a vida com humor para que esta tenha mais cor.

(Lluch, 2008)



*Só há três atitudes a tomar em relação ao passado para que possamos definir o que queremos do futuro e, assim, dar significado ao presente: **perdoar** as pessoas que nos magoaram, **aprender** com os momentos de fracasso e **comemorar** com orgulho os momentos de sucesso.*

Agostinho Nunes Neto


Vida Positiva

Fim ●



Sugestão 9 - Cuidar das relações interpessoais. Falar com os entes queridos, com os amigos, com os vizinhos, partilhar tertúlias com os colegas, etc;

PODEMOS AJUDAR OS OUTROS A MANTER A SAÚDE MENTAL?

Sim

- Não estigmatizando;
- Apoiando;
- Reabilitando;
- Integrando.



QUESTÕES



SESSÃO DE RELAXAMENTO

Iniciar o relaxamento, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche os olhos e concentre-se na sua respiração. [pausa]...

Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. [pausa]...

Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si [pausa]...

Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior [pausa].

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena [pausa]...

Por fim, relaxe os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz [pausa]...

Agora a sua respiração é totalmente suave, [pausa]...relaxada [pausa]... em paz [pausa]... e todos os seus músculos se encontram relaxados[pausa]...

Continuem a escutar a música, enquanto mantêm este estado de relaxamento...

[pausa de 5 minutos]

Lentamente, vão começar a despertar... vão prestar mais atenção aos sons ambientes, à música... prestar mais atenção à minha voz...[pausa]...

Lentamente vão começar a prestar mais atenção ao corpo, começando a sentir os membros, a cara, as costas, ao abdómen e o tórax... [pausa]...

Lentamente, conte até 5 e comece a abrir os olhos.”

ANEXO XII

PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDOPSIQUIATRIA

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE
MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM – PEDOPSIQUIATRIA

Nome pelo qual gosta de ser tratado _____

Acompanhante de referência _____ Contacto: _____

Antecedentes patológicos: _____ Quarto/Cama: _____

Data de admissão: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___ Data da alta: ___ / ___ / ___ Enf.º: _____

Tipo de Internamento: Compulsivo: Voluntário:

Padrão Percepção/Controle da saúde

Dados/aprecação Inicial: _____ Data/Rúbrica: ___ / ___ / _____

Momento da admissão: Frequência cardíaca: _____ bat/min Tensão arterial: ___ / ___ mmHg

Características do pulso: _____ Medicação Habitual: _____

Rítmico Arritmico

Ampla Superficial

Frequência respiratória no momento da admissão: _____ ciclos/minuto.

Características da respiração:

Tipo Costal Abdomino-diafragmática Mista

Amplitude Superficial Profunda Normal

Hábitos tabágicos Nunca fumou Fuma habitualmente _____ cigarros/dia

1- Hipotensão Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

2- Risco de hipotensão Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

3- Hipertermia Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

4- Adesão ao regime terapêutico não demonstrada

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

5- Gestão do regime terapêutico ineficaz

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Conhecimento	Demonstrado	Não demonstrado	Aprendizagem Capacidades	Demonstrado	Não demonstrado
Auto administração de medicamentos			Auto administração de medicamentos		
Regime medicamentoso			Prevenir complicações		
Medidas de prevenção de complicações					

Padrão Nutricional / Metabólico

Dados/apreciação Inicial: _____ Data/Rúbrica: __/__/_____

Número habitual de refeições por dia _____ Horário das refeições _____

Alimentos não tolerados/não gosta _____

Hábitos etílicos: Nunca bebeu Bebe habitualmente

Deixou de beber em __/__/____ Tipo: _____

Variação do peso nos últimos 6 meses: Não Diminuiu _____ kg Aumentou _____ kg

Peso no momento da admissão: _____ kg Temperatura no momento da admissão: _____ °C

Hábitos de restrição alimentar: Não Sim

6- Magreza excessiva Início __/__/____ Enf.º _____ Fim __/__/____ Enf.º _____

7- Vômitos Início __/__/____ Enf.º _____ Fim __/__/____ Enf.º _____

8- Ingestão de líquidos insuficiente
Início __/__/____ Enf.º _____ Fim __/__/____ Enf.º _____

9- Ferida Início __/__/____ Enf.º _____ Fim __/__/____ Enf.º _____

Tipo: _____

Localização: _____

Dimensões _____

10- Risco de Infecção Início __/__/____ Enf.º _____ Fim __/__/____ Enf.º _____

11-Autocontrole: infecção ineficaz
Início __/__/____ Enf.º _____ Fim __/__/____ Enf.º _____

Conhecimento	Demonstrado	Não demonstrado	Aprendizagem Capacidades	Demonstrado	Não demonstrado
Susceptibilidade à infecção			Implementar medidas de prevenção de contaminação		
Prevenção de contaminação					
Sinais de infecção					
Hábitos de saúde					

Padrão Eliminação

Dados/apreciação Inicial: Data/Rúbrica: ____ / ____ / ____
Hábitos de eliminação intestinal (frequência) _____
Hábitos purgativos: Não
 Sim Frequência: _____
Data última dejeção ____ / ____ / ____ Consistência das fezes: Duras Pastosas
 Moldadas Líquidas
Hábitos de eliminação urinária (frequência) _____ Características da urina _____

12- Risco de obstipação

Início ____ / ____ / ____ Enf.º _____ Fim ____ / ____ / ____ Enf.º _____

13- Obsessão

Início ____ / ____ / ____ Enf.º _____ Fim ____ / ____ / ____ Enf.º _____

Vigilância (tipo: contaminação, dúvida, necessidade de simetria, somática, agressiva, sexual, religiosa, pensamentos intrusos)

Padrão Sono / Repouso

Dados/apreciação Inicial: Data/Rúbrica: ____ / ____ / ____
Nº de horas de sono habituais por noite: _____ Medidas adaptativas: _____

14- Insónia

Início ____ / ____ / ____ Enf.º _____ Fim ____ / ____ / ____ Enf.º _____

Vigilância (frequência, altura: inicial, intermédia, final)

15- Hipersonia

Início ____ / ____ / ____ Enf.º _____ Fim ____ / ____ / ____ Enf.º _____

16- Agitação

Início ____ / ____ / ____ Enf.º _____ Fim ____ / ____ / ____ Enf.º _____

Vigilância (frequência)

17- Hipoactividade

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Vigilância (frequência)

18- Comunicação verbal

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Vigilância (Discurso: Fluxo (fluinte, escasso, entrecortado, pegajoso), temática (adequada, inadequada), Construção (coerente, incoerente))

19- Dor

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Localização/topologia _____

 Aguda Crónica

Escala de avaliação

0 Ausente	1 Dor mínima	2 Dor	3 Dor	4 Dor	5 Dor Máxima
-----------	--------------	-------	-------	-------	--------------

Vigilância (características da dor)

20- Bem estar físico alterado

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

21- Bem estar psicológico alterado

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

22- Bem estar emocional alterado

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

23- Conhecimento sobre tratamento a realizar não demonstrado

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

24- Conhecimento sobre exames a realizar não demonstrado

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

25- Percepção alterada

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

26- Ilusão

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

27- Alucinação

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Vigilância (Tipo: visuais, auditivas, olfactivas, gustativas, tácteis)

28 - Orientação

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Vigilância (autopsiquicamente, alopsiquicamente, temporal, espacial)

29 – Delírio

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Vigilância (frequência, tipo: persecutório, de ciúme, de prejuízo/ruína, referencial, erotomaniaco, místico, de grandeza, ocupacional)

30 - Amnésia

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

31 – Ansiedade demonstrada

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Conhecimento	Demonstrado	Não demonstrado	Aprendizagem Capacidades	Demonstrado	Não demonstrado
Gestão da ansiedade			Medidas de deteção precoce da ansiedade		

32- Medo

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

33- Humor Alterado Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Vigilância (Tipo de Humor: Depressivo, Eufórico, Disfórico, Ansioso)

34- Vontade de viver diminuída

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

35- Coping ineficaz

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

36- Aceitação do estado de saúde ineficaz

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

37- Auto controlo – agressividade ineficaz

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

38- Auto estima diminuída

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

39 - Imagem corporal alterada

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

40- Dependência para o autocuidado: higiene

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Reduzido	Moderado	Elevado
Necessita de orientação e incentivo	Necessita de ajuda parcial (pessoas ou equipamento)	Necessita de ajuda total (pessoas e equipamento)

Conhecimento	Aprendizagem Capacidades	
	Demonstrado	Não demonstrado
Estratégias adaptativas		

41- Dependência para o autocuidado: vestuário

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Conhecimento	Aprendizagem Capacidades	
	Demonstrado	Não demonstrado
Estratégias adaptativas		

42- Dependência para o autocuidado: alimentação

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Reduzido	Moderado	Elevado
Necessita de ajuda na organização da refeição	Necessita de ajuda parcial (pessoas ou equipamento)	Necessita de ajuda total (pessoas e equipamento)

Conhecimento	Demonstrado	Não demonstrado	Aprendizagem Capacidades	Demonstrado	Não demonstrado
Estratégias adaptativas			Autocuidado: alimentar-se		

43 – Dependência para o autocuidado: uso de sanitário

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Reduzido	Moderado	Elevado
Necessita de acompanhamento ao WC ou acessibilidade aos dispositivos de eliminação	Necessita de ajuda parcial (pessoas ou equipamento)	Necessita de ajuda total (pessoas e equipamento)

Conhecimento	Demonstrado	Não demonstrado	Aprendizagem Capacidades	Demonstrado	Não demonstrado
Estratégias adaptativas			Autocuidado: uso de sanitário		

44- Agressão

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Vigilância (Tipo: auto-agressão, hetero-agressão)

45- Tentativa de suicídio

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

46- Interação social alterada

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

47- Relação não adequada

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

48- Uso de álcool

Início ___ / ___ / ___ Enf.º _____ Fim ___ / ___ / ___ Enf.º _____

Início		Intervenções	Termo	
Data	Rúbrica		Data	Rúbrica
EXECUTAR				
/ /		Dar banho no WC	/ /	
/ /		Executar escuta activa *	/ /	
/ /		Executar técnica de estimulação cognitiva (E) *	/ /	
/ /		Executar técnica de relaxamento (E)	/ /	
/ /		Executar reestruturação cognitiva (E) *	/ /	
/ /		Executar relação de ajuda	/ /	
/ /		Executar tratamento à ferida	/ /	
/ /		Executar treino de memória (E) *	/ /	
/ /		Executar terapia de grupo (E) *	/ /	
/ /		Executar *Terapia da imagem corporal* (E) *	/ /	
/ /		Executar terapia pela arte (E) *	/ /	
/ /		Executar reestruturação cognitiva (E) *	/ /	
/ /		Massajar partes do corpo	/ /	
/ /		Vestir o doente	/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	

ATENDER				
/ /		Apoiar a tomada de decisão	/ /	
/ /		Assistir à relação	/ /	
/ /		Assistir o doente na identificação de estratégias de alívio da dor	/ /	
/ /		Assistir doente no autocuidado: higiene	/ /	
/ /		Assistir doente no autocuidado: vestir/despir	/ /	
/ /		Assistir doente no autocuidado: ir ao sanitário	/ /	
/ /		Assistir doente no autocuidado: transferir-se	/ /	
/ /		Atenuar delírio *	/ /	
/ /		Confortar a pessoa	/ /	
/ /		Elogiar comportamentos adaptativos	/ /	
/ /		Elogiar comportamentos coping eficazes	/ /	
/ /		Elogiar a tomada de decisão	/ /	
/ /		Incorajar expressão de emoções	/ /	
/ /		Evitar hiperestimulação sensorial	/ /	
/ /		Evitar a interrupção do sono *	/ /	
/ /		Facilitar a expressão de sentimentos e emoções	/ /	
/ /		Facilitar o sono *	/ /	
/ /		Motivar doente para autocuidado	/ /	
/ /		Motivar doente para adesão ao regime terapêutico	/ /	
/ /		Negociar actividades com o adolescente	/ /	
/ /		Negociar contrato terapêutico (E) *	/ /	
/ /		Negociar limites	/ /	
/ /		Promover auto percepção (E) *	/ /	
/ /		Promover apoio familiar *	/ /	
/ /		Promover consciência de si mesmo (E) *	/ /	
/ /		Promover distração	/ /	
/ /		Promover envolvimento familiar (E) *	/ /	

/ /		Promover a imagem corporal	/ /	
/ /		Promover a relação do indivíduo com outros doentes	/ /	
/ /		Promover orientação para a realidade (E)*	/ /	
/ /		Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes	/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	

INFORMAR				
/ /		Ensinar a pessoa sobre gestão da dor	/ /	
/ /		Ensinar a pessoa/ cuidador principal/ família *	/ /	
/ /		Educar cliente/ família sobre "higiene do sono"	/ /	
/ /		Explicar a utente limites estabelecidos (E)	/ /	
/ /		Explicar a cuidador sobre limites estabelecidos (E)	/ /	
/ /		Explicar hipersónia ao cliente (adolescente/família)	/ /	
/ /		Explicar insónia ao cliente (adolescente/família)	/ /	
/ /		Explicar sonambulismo ao cliente (adolescente/família) (E)	/ /	
/ /		Informar limites relacionados com internamento	/ /	
/ /		Informar o médico sobre alteração da percepção	/ /	
/ /		Informar o médico sobre pensamento alterado	/ /	
/ /		Informar sobre legislação e regulamentação em vigor (E)	/ /	
/ /		Informar sobre instituições/ serviços de apoio (E)	/ /	
/ /		Instruir o doente sobre estratégias não farmacológicas no alívio da dor	/ /	
/ /		Instruir doente e família sobre estratégias de gestão do sonambulismo (E)	/ /	
/ /		Instruir doente sobre gestão da alucinação (E) *	/ /	
/ /		Instruir família sobre gestão de ilusões (E)	/ /	
/ /		Instruir prestador de cuidados sobre gestão da alucinação (E) *	/ /	
/ /		Instruir pessoa a encontrar estratégias de controlo da angústia (E)	/ /	
/ /		Instruir cuidador sobre promoção da auto-estima do utente (E)	/ /	
/ /		Instruir doente sobre comportamentos e rotinas a adoptar perante alteração do pensamento (E)	/ /	
/ /		Instruir cuidador sobre patologia e sintomas (E)	/ /	
/ /		Instruir prestador de cuidados sobre a precaução de segurança (E)	/ /	
/ /		Instruir prestador de cuidados sobre confusão (E)	/ /	
/ /		Instruir prestador de cuidados sobre alteração do pensamento (E)	/ /	
/ /		Instruir prestador de cuidados sobre comportamentos e rotinas a adoptar perante alteração do pensamento (E) *	/ /	
/ /		Trainar o doente para situações reais de stress relacionadas com a sua imagem corporal (E)	/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	
/ /			/ /	

* Segundo parametrização

Monitorização	Data	///	///	///	///	///	///
	Padrão saúde	Hora					
Alimentação ingerida							
Peso corporal							
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO							
Intestinal							
Vesical							
Enfermeiro	Nº mec.						
	Rubrica						

Monitorização	Data	///	///	///	///	///	///
	Padrão saúde	Hora					
Alimentação ingerida							
Peso corporal							
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO							
Intestinal							
Vesical							
Enfermeiro	Nº mec.						
	Rúbrica						

Síglas: P: prato; Sp: sopa; Sb: sobremesa; T: Toda a refeição; 1x: uma vez; nX: n vezes

ANEXO XIII

PROCEDIMENTO PARA A TERAPIA DA "IMAGEM CORPORAL"

Terapia da “Imagem corporal”

Definição: É uma técnica Psicoterapêutica individual, indicada para doentes com Anorexia Nervosa, onde o doente é confrontado com a discrepância entre a percepção da sua imagem corporal e a realidade através da utilização de espelhos e medidas corporais.

Objectivo: Promover a percepção real das dimensões corporais.

Metodologia:

Sessão: Várias Sessões

Duração: 20 min

Local: Sala de estar

Recursos materiais:

Sala privada com boa iluminação.

3 Cordas de cores diferentes;

2 Espelhos que permitam a visualização inteira do corpo;

Recursos humanos:

Profissional de saúde com conhecimento sobre a terapia.

Utente com anorexia nervosa.

Estratégias

Reunir o grupo em círculo e sentados

Explicar as regras da dinâmica

Procedimento:

Solicitar ao utente que se coloque apenas com uma camisola interior;

Informar que pode manter as calças que

Avaliação:

Avaliar a percepção individual em relação à dinâmica;

Avaliar a auto-estima;

Avaliar o bem-estar físico e mental;

Avaliar a expressão não verbal de sentimentos.

Dicas

Todos recuperaram a auto-estima?

traz vestidas;

O utente coloca-se entre dois espelhos, por forma visualizar o seu corpo em vários perfis;

Solicita-se ao utente para descrever como se vê nos espelhos;

Solicita-se que enumere por ordem decrescente três partes do corpo nas quais considere estar mais obeso;

Faculta-se uma corda para o utente desenhar (tipo corte sagital) no chão a percepção da parte do corpo que considera mais obesa;

Fornece-se uma 2ª corda de cor diferente para o utente desenhar no chão como gostaria que essa parte do corpo estivesse para se considerar normal;

Fornece-se uma 3ª corda para o utente medir a parte do corpo em questão, e colocar no chão ao lado das outras cordas.

Em seguida efectua-se o mesmo procedimento para as outras duas partes do corpo enumeradas no início da terapia;

Registar diferentes medidas (medir cordas com instrumento de medida);

Perguntar e registar sobre qual a quantidade de tempo dispendido ao longo do dia a pensar em aspectos da alimentação;

Perguntar peso actual;

Qual foi a situação que mais afectou a tua auto-estima?

O que podemos fazer para proteger a nossa auto-estima quando nos sentimos atacados?

Como podemos ajudar os nossos amigos e familiares quando a auto-estima deles está baixa?

Perguntar peso ideal;

Pesar;

Avaliar peso utilizando IMC;

Confrontar o utente com a diferença de medidas;

Explorar emoções e pensamentos;

Abordar a noção de percepção e realidade;

Promover auto-estima do utente;

Permitir a expressão de sentimentos;

Gerir comunicação;

Confrontar utente com doença e riscos da mesma;

Abordar medidas a implementar para alterar comportamento de risco;

Explorar problemas existentes na vida da utente;

Disponibilizar ajuda;

Marcar próxima intervenção;

Notas / Observações:

A auto-estima é a forma como uma pessoa se sente a respeito de si mesma, estando estreitamente relacionada com o contexto social onde vivemos (família, escola, amigos, trabalho). Diariamente enfrentamos situações que afectam a nossa auto-estima (dar exemplos).

ANEXO XIV

TERAPIAS DE RELAXAMENTO

Terapias de Relaxamento

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental na
Infância e Adolescência

Sessão de Relaxamento

Áreas de intervenção:

Ansiedade

Tensão muscular

Objectivos:

Gerais

Diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular;

Estabelecer com os utentes uma interacção terapêutica.

Específicos

Contribuir para que o utente se concentre nas sensações de relaxamento;

Promover a diminuição do fluxo de pensamento, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea;

Prevenir a acumulação de stress;

Aumentar a concentração e memória;

Diminuir a insónia e o cansaço.

Conteúdos:

Relaxamento muscular progressivo de Jacobson (segundo procedimento).

Recursos materiais:

Local calmo e isento de ruídos ou odores;

Colchões;

Leitor de CD's;

CD relaxamento.

Metodologia:

Dinamizador: Paulo Cerqueira

N.º Sessões: 2

Local: Sala de visitas

Datas: 14 e 25.05.2009

Recursos humanos:

2 Enfermeiros a frequentar o MESMP;

Utentes a frequentar a unidade de internamento que se encontrem orientados auto e

Hora: 19h

Duração: 45 min

alopsiquicamente, com comportamento adequado (sem actividade delirante);

1 Enfermeiro do serviço.

Estratégias

Realização de uma sessão de relaxamento, utilizando a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson

Procedimento:

1. Proporcionar ambiente adequado (luz, som, temperatura, local);
2. Explicar a actividade e seus objectivos;
3. Assistir os utentes num posicionamento confortável;
4. Iniciar a técnica de relaxamento, falando calma, suave e pausadamente (Anexo);
3. Motivar os utentes a descrever como se sentiram ao longo da sessão: aspectos positivos/negativos e maiores dificuldades;
4. Avaliar a sessão de relaxamento.

Avaliação:

Avaliar adesão

Número de participantes que aderem à actividade

Empenho dos participantes na actividade

Satisfação dos utentes com a realização da actividade (verbalizam ter gostado da actividade)

Avaliar a eficácia da intervenção

Os utentes demonstram sinais de relaxamento:

Face anímica ou leve sorriso

Adormecimento

Respiração profunda

Notas / Observações:

Relativamente à adesão, apenas 4 utentes internados participaram nas sessões de relaxamento de livre e espontânea vontade, demonstrando motivação e empenho no decorrer da mesma.

No final todos verbalizaram sentimentos e emoções vivenciadas, referindo terem gostado bastante da actividade, apesar de um deles preferir técnicas de imaginação dirigida.

No que diz respeito à eficácia da intervenção, foi possível denotar expressões de satisfação e

bem-estar físico e mental, apresentavam fâcias com leve sorriso, respiração profunda e expressão corporal descontraída e relaxada, pelo que é possível afirmar que esta actividade foi eficaz.

Anexo - Procedimento

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

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

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

Olhos: *Feche os olhos apertando-os com força... sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe*

lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.

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

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

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

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

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

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

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

Região dorsal: Arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas...

Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados.

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

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

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

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

Permaneça deitado apreciando o seu estado de relaxamento.

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

Terapias de Relaxamento

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental –
Hospital de Braga

SESSÃO DE RELAXAMENTO

[Relaxamento Físico]

1. Diagnósticos de enfermagem

Ansiedade

Tensão muscular

Tristeza

Insónia

Abstinência tóxica

2. Objectivos

Gerais

- Diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular
- Estabelecer com os utentes uma interacção terapêutica

Específicos

- Contribuir para que a pessoa se concentre nas sensações de relaxamento
- Promover a diminuição do fluxo de pensamento, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea
- Prevenir a acumulação de stress
- Aumentar a concentração e memória
- Diminuir a insónia e o cansaço
- Prevenir doenças psicossomáticas, tais como: hipertensão arterial e cefaleias

3. Metodologia

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Participantes: Uteses internados no serviço de PSM do HB – UA Homens [6-7 elementos]

Número de sessões: 3

Data das sessões: 20 e 28 de Outubro; 16 de Novembro de 2009

Hora de início: 17h

Duração: 40 min.

Local: Sala de actividades com ambiente calmo e relaxante, isento de ruídos e odores

Material: Sofás, CD relaxamento, Portátil

Posição: Sentados

4. Procedimento

1. Proporcionar ambiente adequado (luz, som, temperatura, local);
2. Explicar a actividade e seus objectivos;
3. Assistir os utentes num posicionamento confortável;
4. Iniciar a técnica de relaxamento, falando calma, suave e pausadamente (Anexo);
3. Motivar os utentes a descrever como se sentiram ao longo da sessão: aspectos positivos/negativos e maiores dificuldades;
4. Avaliar a sessão de relaxamento.

5. Avaliação

Avaliar a actividade:

- Adesão
 - Número de participantes que aderem à actividade
 - Grau de participação dos utentes na actividade
 - Grau de empenho dos participantes na actividade
- Eficácia da intervenção
 - Os utentes verbalizam satisfação com a realização da actividade:
 - Gosto pela actividade
 - Os utentes demonstram sinais de relaxamento:
 - Face anímica ou leve sorriso

Respiração profunda

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Introdução do método

"O método que vamos utilizar chama-se relaxamento progressivo. Este é um método de relaxamento que envolve os músculos.

Ao criar e libertar tensão, poderá adaptar leves sensações nos músculos, reconhecer diferentes níveis de tensão e libertar essa tensão.

Pensa-se que a tensão muscular está intimamente associada ao estado de espírito e que os músculos, que estão tensos sem qualquer necessidade, reflectem essa tensão na mente. Assim, se essa tensão muscular for eliminada, sentir-se-á mentalmente muito mais calmo.

Os seus órgãos internos também terão benefícios, na medida em que o ritmo cardíaco e a pressão sanguínea diminuem enquanto relaxa.

Poderá ter alguma dificuldade em concentrar-se e relaxar nas primeiras sessões, mas como qualquer outra competência, quanto mais praticar, mais hábil se torna, e assim beneficiará dos seus efeitos, neste caso o relaxamento."

Acção

"Concentre-se na sua respiração...

Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda...

Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade.

Relaxe e sinta a paz dentro de si.

Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade.

Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena.

Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz.

Agora, a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Região sacro-coccígea: Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia

todos os músculos dessa zona em contacto com o chão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.”

Finalização

“Está completamente relaxado... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está solto e totalmente relaxado...

Mantenha os olhos fechados... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... Inspire e expire o ar lentamente...

Esta sessão vai terminar, mas permaneça na mesma posição, apreciando o seu estado de relaxamento.

Agora, faça uma contagem regressiva a partir de cinco (5, 4, 3, 2, 1) e, quando se sentir pronto, abra os olhos e levante-se lentamente.”

Relaxamento em Si Mesmo

Jacobson (1938) “aliviar a tensão muscular acalma a mente”

Introdução do método

“A fim de conseguir relaxar, tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído.

Feche os seus olhos e apoie-se bem na cadeira. Imagine que a sua cabeça é um “peão cujo bico se apoia numa base chamada pescoço.”

Rode-a muito lentamente, de forma a descontrair os músculos do pescoço. Não a deixe inclinada nem para a frente, nem para trás, nem para o lado esquerdo ou o lado direito. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído.

Apoie os membros superiores nos braços da cadeira ou deixe-os cair abandonados sobre as suas pernas. Desloque os pés mais para a frente ou mais para trás, consoante a posição que for mais confortável para si.”

Acção

“Quando eu disser **agora**, só quando disser **agora**, contraia com toda a força possível ambos os punhos. **Agora!** (deixar passar 15 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Segure bem a parte inferior do assento da sua cadeira. Quando eu disser **agora** faça força para cima, de forma a contrair os músculos do antebraço e do braço. **Agora!** (deixar passar 15 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Puxe os ombros para cima em direcção à sua cabeça. Os ombros de uma pessoa estão frequentemente contraídos quando essa pessoa está tensa. **Agora!** (deixar passar 15 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Empurre a língua contra o céu da boca. **Agora!** (deixar passar 15 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Contraia o maxilar superior contra o maxilar inferior. Contraia ainda os seus lábios e

queixo. Quando alguém está tenso é frequente contrair os seus músculos do terço inferior da face.

Agora! (deixar passar 15 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído. Procure deixar a boca entreaberta e permitir que o ar entre e saia com naturalidade. Comece a respirar lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível.”

“Contraia os músculos do terço superior da face. Engelhe a testa ao mesmo tempo para cima e para dentro. Quando alguém está tenso é frequente engelhar a testa.

Agora! (deixar passar 15 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído. Vá continuando a manter a boca entreaberta permitindo que o ar entre e saia com facilidade.”

“Até aqui já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído a respeito dos músculos dos seus punhos, antebraço, braço, ombros e face.”

“A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça, de maneira a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente, para um lado e para o outro. Sem pressa! Note o seu pescoço a descontrair progressivamente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. **Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que o ar “chegue bem abaixo nos pulmões, de forma a levantar o seu abdómen”**. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar.

À medida que se vai sentindo mais relaxado vá dizendo para si mesmo: “Sinto-me descontraído! Afinal é fácil! Sinto-me calmo”.

Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

“Estenda agora as suas pernas para a frente, de forma a contrair os músculos do

abdómen. **Agora!** (deixar passar 7,5 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Fixe bem os pés no chão, de forma a contrair os músculos da “barriga” das pernas. **Agora!** (deixe passar 7,5 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Com o seu calcanhar faça uma charneira, de forma a puxar os dedos dos pés para cima e a contrair os músculos plantares e dorsais dos pés. **Agora!** (deixe passar 7,5 segundos). Descontraia! Note a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre “estar contraído e descontraído” vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que ainda tenha contraído.”

“Vá dizendo para si mesmo: “A minha testa está completamente descontraída ... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele directamente e diga-lhe: “Deixa-te descontrair... abandona-te”.”

Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente.

Diga para si mesmo: “Sinto-me completamente descontraído ... relaxado”. Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Se encontrou algum músculo contraído respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo e descontraia.

Finalização

Agora, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. “Imagine-se num dia bem frio de Inverno... lá fora está frio, está vento, está a chover.

Neste momento encontra-se junto de uma lareira ou de um fogão de sala, aceso, com a lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra.

Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o

ombro esquerdo, o braço direito e o braço esquerdo, o antebraço direito e o antebraço esquerdo, a mão direita e a mão esquerda. O calor está a distribuir-se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontraír ainda mais”.

“Agora, que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua **imagem de paz**. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calado durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua **imagem de paz**: observe todos os pormenores ... o que vê ... o que ouve ... o que sente ... **Agora** calo-me para o deixar com a sua **imagem de paz**.”

O terapeuta não deve falar durante um minuto e vai notando como a pessoa se encontra e se está ou não a sentir-se relaxada.

“Não abra de imediato os olhos. Agora que se sente completamente relaxado continue a respirar lenta e profundamente para manter o seu estado de relaxamento.

Vou contar lentamente até 3 e só quando disser 3 é que abre os olhos. Nessa altura deve espreguiçar-se, distender os membros, abrir a boca, bocejar se quiser e, quando estiver preparado, conta de novo as pulsações...

Um, continue a respirar lenta e profundamente, sem pressa;

Dois, continue a sentir-se descontraído e relaxado;

Três, pode abrir os olhos...

Conte as pulsações quando vir que já pode fazê-lo.”

Avaliação Final das Sessões

O método de relaxamento utilizado nesta intervenção terapêutica foi o Relaxamento Muscular Progressivo de Edmundo Jacobson, indicado nas psicoterapias em geral, quer na patologia psiquiátrica ou outras, quer na profilaxia.

Entre as principais formas de relaxamento, esta pode ser a mais simples, mais directa e mais fácil de se ensinar, pois através de uma contracção muscular voluntária, considera-se que o utente se torne cada vez mais capaz de perceber a diferença entre

tensão e relaxamento em cada um dos grupos musculares e, assim, seja capaz de promover o relaxamento muscular daí decorrente mais facilmente.

Esta intervenção foi realizada com utentes em situação de internamento, tendo sido aplicada em 3 sessões, com cerca de 6-7 participantes. No início das sessões, todos os utentes foram informados da sua finalidade terapêutica, bem como, em que consistia a técnica.

Embora se tenha tido em atenção a realização do relaxamento num local com poucas interferências externas; com ambiente silencioso e sem variações de temperatura, isto não foi totalmente conseguido por falta de condições físicas “ideais” no serviço.

Os utentes encontravam-se sentados, com os olhos fechados, os braços ao longo do tronco e os pés e as pernas descruzados, tendo sido orientados de forma a contrair e de seguida relaxar os diferentes grupos musculares do corpo: cabeça, tronco, membros, articulações e órgãos e, deste modo, prestarem atenção ao que sentiam quando o músculo estava tenso e quando estava relaxado.

Todos os utentes convidados a participar nas sessões, colaboraram com empenho e dedicação, tendo a actividade decorrido tal como planeado. Após todas as sessões de relaxamento, em aproximadamente 100% dos participantes foram evidentes os efeitos do relaxamento, tais como, a presença de um leve sorriso, estado de sonolência e respiração profunda. Todos os utentes verbalizaram ainda uma grande satisfação na sua realização, bem como uma sensação de bem-estar e relaxamento efectivo, com diminuição da ansiedade.

Neste âmbito, é possível concluir que o relaxamento pode ser uma intervenção valiosa no tratamento do utente portador de doença psiquiátrica, para quem a ansiedade e o stress são factores centrais e evidentes nos seus comportamentos, assim, o relaxamento pode ser utilizado como estratégia de um plano de cuidados de enfermagem.

SESSÃO DE RELAXAMENTO

[Imaginação Dirigida]

1. Diagnósticos de enfermagem

Tristeza

Insónia

Ansiedade

2. Objectivos

Generais

- Diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular
- Estabelecer com os utentes uma interacção terapêutica

Específicos

- Contribuir para que a pessoa se concentre nas sensações de relaxamento
- Promover a diminuição do fluxo de pensamento, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea
- Prevenir a acumulação de stress
- Aumentar a concentração e memória
- Diminuir a insónia e o cansaço
- Prevenir doenças psicossomáticas, tais como: hipertensão arterial e cefaleias

3. Metodologia

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Participantes: Utesntes internados no serviço de PSM do HB – UA Homens

Número de sessões: 3

Data das sessões: 3, 20 e 25 de Novembro de 2009

Hora de início: 17h

Duração: 30-40 min.

Local: Sala de actividades com ambiente calmo e relaxante, isento de ruídos e odores

Material: Sofás, CD relaxamento, Portátil

Posição: Sentados

4. Procedimento

1. Proporcionar ambiente adequado (luz, som, temperatura, local);
2. Explicar a actividade e seus objectivos;
3. Assistir os utentes num posicionamento confortável;
4. Iniciar a técnica de relaxamento, falando calma, suave e pausadamente (Anexo);
3. Motivar os utentes a descrever como se sentiram ao longo da sessão: aspectos positivos/negativos e maiores dificuldades;
4. Avaliar a sessão de relaxamento.

5. Avaliação

Avaliar a actividade:

- Adesão
 - Número de participantes que aderem à actividade
 - Grau de participação dos utentes na actividade
 - Grau de empenho dos participantes na actividade
- Eficácia da intervenção
 - Os utentes verbalizam satisfação com a realização da actividade:
 - Gosto pela actividade
 - Os utentes demonstram sinais de relaxamento:
 - Face anímica ou leve sorriso
 - Adormecimento
 - Respiração profunda

I. Imaginação Dirigida “A Praia”

Introdução do método

“Este exercício deve ser feito deitando-se de costas, com as pernas descruzadas e direitas, e os braços de lado ao longo do corpo. Feche os olhos e ponha-se confortável. Permita que o seu corpo relaxe e tente adoptar uma atitude tranquila e calma.

Deixe que a sua atenção se dirija para o peito e para a barriga. Sinta a subida e a descida do peito ou do seu estômago em cada respiração.

A respiração torna-se mais lenta, mas mais profunda e regular.

À medida que insiste na sua respiração, pode vir a aperceber-se de outras sensações corporais em que usualmente não repara, tais como a palpitação suave do coração, o ar a passar pelo nariz e pelos pulmões e o fluxo do sangue no corpo.

Continue a concentrar-se na sua respiração e noutras sensações corporais reconfortantes. Não se preocupe se a sua mente divagar sobre outros assuntos. Recupere a atenção para a respiração.

Continue, mais algum tempo, por si.”

Acção

“Respire lentamente...

Vamos imaginar uma avenida junto à praia, pela qual caminhamos.

Observamos a praia e dá-nos uma vontade irresistível para ir passear ao longo dela.

Descemos umas pequenas escadas, sentamo-nos num banco e descalçamo-nos.

Vamos imaginar agora a praia com areia branca e fina.

Olhamos em volta, a praia está completamente deserta.

Com os pés descalços caminhamos lentamente, pela areia.

A areia está morna.

A sensação é extremamente agradável.

Vamos respirar profundamente e sentir o ar do mar a entrar nos nossos pulmões.

Agora vamos caminhar até ao fim da praia, onde existem rochas enormes.

Sentamo-nos numa delas e vemos o céu.

Ele está azul, sem nenhuma nuvem.

O sol brilha e envia para a terra os seus raios quentes.

Deitamo-nos e sentimos os raios do sol a aquecer-nos.

Vamos respirar profundamente e começar a levar a respiração para o Tórax.

Os raios do sol começam a formar, um pequeno sol dourado, no tórax.

Vamos respirar mais profundamente ainda e à medida que o fazemos, o sol cresce até preencher toda a caixa torácica.

Esse sol cresce cada vez mais e torna-se enorme.

De forma que, agora estamos dentro do sol.

Vamos Imaginar, então, uma grande tela e nela uma cena da vida em que se tenha sentido esperança e bem-estar, que pode ser ainda melhorada com a cor amarelo-dourado do sol.

Vamos colocar nesta cena o máximo de detalhes que haja lembrança.

E fazer com que esta cena fique colorida.

Vamos imaginar que o sol dourado que nos envolve também envolve a tela com a cena que cada um colocou lá.

Os raios dourados brilham cada vez mais e fazem a sua cena brilhar mais e mais.

A luz dourada ajuda a libertar todas as energias positivas, essa energia passa agora toda, para cada um de nós.

E estamos agora com mais esperança, mais liberdade.

Vamos Imaginar e Sentir o sol a voltar para o seu lugar no céu.

O que fica connosco é uma sensação de liberdade.

Agora estamos de volta à praia, deitados sobre as rochas.

Vamos olhar para o mar à nossa frente e sentirmo-nos completamente calmos e tranquilos.

Sentimo-nos leves.

Fazemos agora o caminho de regresso.

Aproveitamos a caminhada para respirar o ar do mar com aquele seu cheiro agradável ao iodo.

Respiramos profundamente e sentimos aquele ar revitalizador dentro dos nossos pulmões.

Lentamente deixamos sair o ar.

Chegamos ao banco e sentamo-nos.”

Finalização

“Vamos respirar profundamente mais uma vez e começar a voltar para o aqui e agora.

Lentamente, mexer os pés, as pernas, os braços e as mãos,

E finalmente abrir lentamente os olhos.”

II. Imaginação Dirigida “A Pirâmide”

Introdução do método

“Vão fechar os olhos suavemente

Relaxem...

Concentrem-se na vossa respiração... inspirem profundamente... expirem...

Coloquem as mãos sobre o abdómen... relaxem... inspirem profundamente...

Encham o abdómen de ar... sintam as vossas mãos acompanhar a subida e a descida do abdómen... inspirem profundamente... expirem...

Esvaziem a vossa mente ... não pensem em nada... concentrem-se na minha voz e relaxem...

Continuem concentrados na respiração... Relaxem...”

Acção

“Imaginem agora que são uma pirâmide de cristal puro... transparente...

Encontram-se á beira-mar sobre a areia de uma ilha deserta... sintam como é agradável o calor da areia nas vossas costas... inspirem profundamente...

Vós, como cristais, sois puros... impermeáveis a qualquer sentimento negativo... medos, preocupações, ansiedade, angústia e sofrimento não podem penetrar em vós... apenas existem sentimentos positivos... paz... harmonia... felicidade...

Sois o centro de toda a ilha... ela não vive sem vós... constituem o seu alimento e a sua energia... a ilha precisa de vós para sobreviver...

O alimento da ilha é essa vossa força positiva... contudo, precisam de uma fonte de energia onde encontram todos estes sentimentos e forças positivas...

O mar é a vossa fonte de energia... é a vossa fonte de purificação...

Neste momento a maré está a subir... sintam o cheiro a maresia... sintam o som das

ondas a bater na areia...

As ondas aproximam-se... são ondas diferentes... cada onda tem uma cor diferente... cada uma delas traz um sentimento positivo...

Vós precisais de atrair esses sentimentos positivos para alimentar a ilha... lembrem-se... a ilha depende de vós para continuar a viver... Inspirem profundamente... só desta forma poderão atrair as ondas...

Concentrem-se... aproxima-se a onda de cor vermelha... inspirem profundamente... neste momento estão a adquirir o sentimento da vida... Expirem... neste momento estão a libertar vida para toda a ilha... tudo o que vos rodeia está a alimentar-se deste precioso sentimento...

Aproxima-se agora a onda de cor verde... inspirem profundamente... neste momento devem adquirir o sentimento de esperança, expirem... libertem todo esse sentimento positivo a tudo o que vos rodeia...

A onda azul trás consigo o sentimento puro da serenidade e da paz... Inspirem profundamente esse sentimento... libertem-no para toda a ilha... Expirem...

A onda rosa aproxima-se... trás o sentimento do amor... inspirem profundamente... expirem... contagiem tudo o que vos rodeia com amor...

O sentimento de auto-estima é trazido pela onda amarela... atraiam-na... Inspirem profundamente... Alimentem a ilha... expirem...

Uma enorme onda de alegria aproxima-se... é a onda laranja... inspirem profundamente ... Expirem... transmitam alegria á ilha...

Por fim, aproxima-se uma onda lilás esplendorosa... a onda da felicidade... encham-se de felicidade... inspirem profundamente... Semeiem esse sentimento maravilhoso... expirem...

Neste momento transformaram-se numa linda pirâmide de cristal colorida...

Os raios de sol reflectem em vós. Transmitindo todo o vosso esplendor á ilha através de um magnifico arco-íris...

Sentem-se renovados... encontram-se repletos de energia e de sentimentos positivos... a ilha adquiriu o seu aumento... adquiram equilíbrio convosco próprios e

com tudo o que vos rodeia...

Com esta energia conseguirão enfrentar de forma positiva todos os desafios do dia-a-dia...

Quando se sentirem fracos, não desfaleçam... lembrem-se deste momento especial... lembrem-se que são um cristal puro... repleto de sentimentos positivos que se reflectem em tudo o que vos rodeia...

Lembrem-se... precisam ter força de vontade e coragem para atrair as ondas... só depende de vós...

Lembrem-se... tudo o que sentem reflecte-se no que vos rodeia... se se sentem fracos... tudo o que vos rodeia também enfraquece...

Lembrem-se... a ilha precisa de vós para continuar a viver...

Imaginem agora o vosso corpo dividido em duas metades... superior e inferior...

Concentrem-se na metade inferior do vosso corpo... concentrem-se nos vossos pés... em cada um dos dedos dos vossos pés... eles estão tensos... precisam de relaxar... façam-nos adormecer... esqueçam-se deles...

Concentrem-se agora nas vossas "pernas"... também estão muito cansadas... precisam relaxar... façam-nas adormecer... esqueçam-se delas...

Esqueçam a metade inferior do vosso corpo... continuem concentrados na respiração... inspirem profundamente... expirem...

Concentrem-se agora na metade superior do vosso corpo... concentrem-se nas vossas mãos... em cada um dos dedos das vossas mãos... também estão muito tensos... precisam de relaxar... façam-nos adormecer... esqueçam-se deles...

Façam o mesmo em relação aos vossos braços... também precisam descansar... adormeçam-nos... esqueçam-se deles...

Concentrem-se agora no vosso tronco... sem se desconcentrarem na respiração... façam-no adormecer... relaxem-no... inspirem profundamente... Expirem ...

Só vos resta a cabeça... esvaziem a vossa mente... esqueçam o passado... não

pensem no futuro... concentrem-se neste momento relaxante ...”

Finalização

“Neste momento sentem-se leves como uma pena... sentem-se completamente relaxados... adquiriram novas forças... novas energias... estão renovados ...

Lembrem-se... nunca desistam... há sempre alguém que precisa de vós...

Agora, vão começar a abrir suavemente os olhos... inspirem... expirem...

Olhem atentamente á vossa volta...”

Avaliação Final das Sessões

O método de relaxamento utilizado nesta intervenção terapêutica foi a imaginação dirigida, onde são usadas imagens mentais ou figuras simbólicas, através das quais é possível contactar com a realidade subjectiva interna e encontrar novas formas de lidar com experiências actuais de sofrimento. Assim, é possível desfocalizar imagens que provoquem angústia, medo e sofrimento presentes na mente do utente para imagens que sugiram estados de serenidade, tranquilidade, calma e paz.

A utilização deste método pode seguir três vertentes: a dissociação, onde se foca o pensamento do utente num tempo e num espaço diferente do real tridimensional em que está inserido; a sugestão indirecta, sendo focada a atenção do utente para imagens mentais tranquilas, positivas e revigorantes, de acordo com preferências e escolhas feitas pelo doente anteriormente; e a sugestão directa, onde, através de citações ou de imagens são dadas instruções que ajudam o utente a anular a dor, o sofrimento e o medo.

Deste modo, os utentes devem:

- Estar concentrados nas ideias sugeridas;
- Sentir as sugestões e não reflectir ou raciocinar sobre as mesmas;
- Não apresentar qualquer emoção mais forte do que a sugerida, porque a emoção mais forte substitui a mais fraca;
- Visualizar e imaginar o conteúdo das sugestões anunciadas em termos reais.

No decorrer deste método não é adequado o uso da palavra “não”, pois o hemisfério cerebral direito não reconhece esse termo, pelo que as sugestões devem ser induzidas sempre pela positiva. Outras palavras também contra-indicadas são “experimentar”, “tentar” e “esperar” porque o subconsciente interpreta-as como uma acção de insucesso, bem como, a conjunção “mas” porque anula tudo o que foi dito antes. Pelo contrário, as palavras indicadas são as que apresentam uma única e correcta indicação como, por exemplo, “sempre”, “nunca”, “todo”, “toda”, “nenhum”,

”nenhuma”, “ninguém”, “algumas vezes”.

Da totalidade de utentes convidados a participar nas sessões, apenas 90% aderiu, tendo estes últimos participado de livre e espontânea vontade e evidenciando motivação e empenho em grau elevado no decorrer de todas as sessões de relaxamento.

Embora apenas 65% dos participantes tenha referido ter alcançado um estado de relaxamento efectivo, todos referiram ter gostado da actividade, bem como uma grande satisfação com a realização da mesma. Neste sentido, verbalizaram os seus sentimentos em relação ao relaxamento através expressões como “um bom calmante”, “promove o bem-estar”, “promove o relaxamento e a concentração”, “para quem anda na lua, este exercício faz-nos sentir na terra”, “permite perceber a existência dos sentidos, mesmo quando nos esquecemos deles e os achamos inúteis”, “fiquei mais relaxado”, “tranquilizou-me”.

Como dificuldades e aspectos negativos, foi referido por alguns elementos, o barulho por parte de alguns dos participantes e o excesso de luz verificado na 1ª sessão, pois foi-nos impossível escurecer suficientemente a sala, devido ao espaço físico e condições meteorológicas.

No que diz respeito à eficácia da intervenção, no final da mesma foi possível detectar sinais de relaxamento, satisfação e bem-estar físico e mental, através de fâcias com leve sorriso, respiração profunda e expressão corporal descontraída e relaxada, pelo que podemos afirmar que esta foi uma actividade eficaz e apreciada pelos seus participantes.

Terapias de Relaxamento

Serviço de Reabilitação da Casa de Saúde de
Bom Jesus

SESSÃO DE RELAXAMENTO

[Imaginação Dirigida]

1. Diagnósticos de enfermagem

Tensão muscular

Insónia

Ansiedade

2. Objectivos

Gerais

- Diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular
- Estabelecer com os utentes uma interacção terapêutica

Específicos

- Contribuir para que a pessoa se concentre nas sensações de relaxamento
- Promover a diminuição do fluxo de pensamento, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea
- Prevenir a acumulação de stress
- Aumentar a concentração e memória
- Diminuir a insónia e o cansaço
- Prevenir doenças psicossomáticas, tais como: hipertensão arterial e cefaleias

3. Metodologia

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Participantes: 7 Utes internadas no serviço de Reabilitação da CSBJ

Número de sessões: 2

Data das sessões: 28 de Janeiro de 2010

Hora de início: 18h

Duração: 30-40 min.

Local: Sala de actividades com ambiente calmo e relaxante, isento de ruídos e odores

Material: Colchões, Cobertores, CD relaxamento, Portátil

Posição: Deitados

4. Procedimento

1. Proporcionar ambiente adequado (luz, som, temperatura, local);
2. Explicar a actividade e seus objectivos;
3. Assistir os utentes num posicionamento confortável;
4. Iniciar a técnica de relaxamento, falando calma, suave e pausadamente (Anexo);
3. Motivar os utentes a descrever como se sentiram ao longo da sessão: aspectos positivos/negativos e maiores dificuldades;
4. Avaliar a sessão de relaxamento.

5. Avaliação

Avaliar a actividade:

- Adesão
 - Número de participantes que aderem à actividade
 - Grau de participação dos utentes na actividade
 - Grau de empenho dos participantes na actividade
- Eficácia da intervenção
 - Os utentes verbalizam satisfação com a realização da actividade:
 - Gosto pela actividade
 - Os utentes demonstram sinais de relaxamento:
 - Face anímica ou leve sorriso
 - Adormecimento
 - Respiração profunda

II. Imaginação Dirigida “O mar e a areia”

Introdução do método

“Este exercício deve ser feito deitando-se de costas, com as pernas descruzadas e direitas, e os braços de lado ao longo do corpo. Feche os olhos e ponha-se confortável. Permita que o seu corpo relaxe e tente adoptar uma atitude tranquila e calma.

Deixe que a sua atenção se dirija para o peito e para a barriga. Sinta a subida e a descida do peito ou do seu estômago em cada respiração. A respiração torna-se mais lenta, mas mais profunda e regular.

À medida que insiste na sua respiração, pode vir a aperceber-se de outras sensações corporais em que usualmente não repara, tais como a palpitação suave do coração, o ar a passar pelo nariz e pelos pulmões e o fluxo do sangue no corpo.

Continue a concentrar-se na sua respiração e noutras sensações corporais reconfortantes. Não se preocupe se a sua mente divagar sobre outros assuntos. Recupere a atenção para a respiração.

Continue, mais algum tempo, por si.”

Acção

“Agora concentre-se nos seus pensamentos. Deixe de lado todas as coisas que o preocupam. Inspire e expire calmamente.

Imagine que está a acordar numa casa à beira mar e que está um dia solarengo. Deixe que este lugar ganhe forma na sua imaginação.

Repare naquilo que vê, nos sons e nos cheiros desse sítio.

Imagine-se a levantar e dirigir-se a uma porta envidraçada, da qual vê o mar e os raios de sol que espelham na água.

Abra a porta. Sinta o cheiro da brisa marinha e concentre-se na calma interior que este lhe traz.

Oiça o canto das gaivotas e veja-as a pousar bem mesmo perto de si. Concentre-se na representação da vida e da liberdade que elas são. Observe-as a pousar, a andar, a levantar voo em direcção ao infinito, onde nada a preocupa.

Caminhe na praia. Repare na superfície que pisa, sinta a areia fina passar-lhe entre os dedos descalços dos pés, sinta como é fugidia e como se molda aos seus pés... continua a caminhar.

Veja como o mar está calmo. Apenas se vêem pequenas ondas e bem distantes.

Ouçã o seu murmurar, concentre-se nesse som e sinta como este lhe traz calma. Lembre-se que o murmurar representa o fim de um ciclo da natureza e que se renova mais forte rapidamente. Concentre-se na imagem que está a ver.

Agora, apetece-lhe tocar na água do mar. a areia está molhada, os seus pés pousam firmes sobre esta deixando a sua marca na praia. Tal como na sua vida, a sua firmeza e determinação pessoal deixam marcos importantes na sua vida.

A água do mar acabou de chegar ate si. Incline-se e sinta a temperatura da água na sua pele, sinta como a água do mar está agradável.

Caminhe ao longo da praia. Sinta as ondas que se esbatem aos seus pés.

Sente-se agora na areia e olhe o infinito do mar.

Concentre-se no local onde está, sinta como é agradável lá estar, os sons, os cheiros, a paisagem.

Concentre-se em tudo o que vê e lembre-se de como é magnifico estar aqui.

Agora respire calmamente.”

Finalização

“Quando estiver preparado, regresse ao local onde está o seu corpo. Devagar volte a concentra-se no local onde se encontra sentado. Sinta a superfície na qual está apoiado. Abra lentamente os olhos e olhe em sua volta. Calmamente sinta todas as partes do seu corpo. Estique os braços e as pernas e quando se sentir inicie a sua actividade normal”

Avaliação Final

Todas as utentes convidadas a participar na sessão aderiram e participaram de livre e espontânea vontade, evidenciando motivação e empenho em grau elevado no decorrer da sessão de relaxamento.

No final da sessão todas as utentes referiram ter relaxado, embora uma das participantes tenha mencionado alguma dificuldade em concentrar-se nas imagens sugeridas.

À observação foi possível constatar que as utentes se encontravam num estado de relaxamento evidente, encontrando-se tranquilas e confortáveis, com uma expressão facial dotada de um leve sorriso, expressão corporal descontraída e evidente bem-estar geral, pelo que se pode afirmar que esta foi uma actividade eficaz e apreciada pelos seus participantes.

ANEXO XV

PANFLETO - "ALCOOLISMO - COMO PREVENIR A RECAÍDA"

"O alcoolismo é uma doença que começa a atacar o indivíduo às escondidas e lentamente, levando-o à destruição."

"Não é somente o corpo que é afectado, mas também a mente, a família e toda a sua vida social."

"O alcoolismo quando se instala no ser humano, torna-se difícil viver sem a ingestão regular do álcool, porque o organismo fica dependente."

"O álcool acarreta graves consequências tanto no próprio como na sua vida em sociedade."

"Destroi a união da família, provoca acidentes no local de trabalho e na estrada."

"O álcool é prejudicial a todos, sobretudo para as crianças e adolescentes que se encontram em fase de crescimento e de desenvolvimento das suas capacidades mentais, como a inteligência, a memória e todas as funções do sistema nervoso."

"O alcoolismo é uma doença que não escolhe classe social, raça ou cultura."

"A dependência do álcool causa sofrimento a muitas famílias marcadas pelo desespero, pela desunião e por constantes conflitos."

"O alcoolismo faz sofrer a pessoa que bebe e também aqueles a quem o alcolico magoa mesmo sem intenção."

(In "Conta Cornigo", Sociedade Anti-Alcolólica Portuguesa, www.aaap.web.pt)

Alcoolismo, Recaída e Família



HOSPITAL DE BRAGA
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
Unidade de Agudos Homens

Lígia Estefânia Ribeiro Pires
Paulo Alexandre Narciso Cerqueira

Universidade Católica Portuguesa
Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em
Saúde Mental e Psiquiatria

Alcoolismo e Recaída

Sintomas do alcoolismo

- Sentir necessidade de beber bebidas alcoólicas;
- Incapacidade de parar de beber em determinada ocasião;
- Síndrome da dependência (conjunto de sintomas, como ansiedade, irritabilidade, tremores, suores, náuseas, taquicardia, insônia, febre, consequentes da interrupção ou redução súbita do consumo excessivo de álcool);
- Tolerância ao álcool;
- Beber muito em ocasiões sociais;



- Amnésia ou *blackouts* frequentes (acordar no dia seguinte, sem nenhuma memória ou recordação do dia anterior ou de ter ingerido álcool em excesso);
- Utilizar pretextos para esconder a bebida alcoólica, como usar garrafas de bebidas não alcoólicas ou esconder as garrafas para que ninguém veja;
- Irritação e agressividade acompanhadas com declarações de rejeição da dependência da bebida ou mesmo que deixou de beber de uma vez por todas;
- Medo, comportamentos obsessivos, sentimento de conspiração contra a sua pessoa;
- Cansaço, insónias, disfunções sexuais, depressão, ansiedade estão muitas vezes ligados ao abuso ou dependência do álcool;
- Fracturas, quedas, queimaduras no corpo ou mesmo convulsões sem causa aparente podem resultar do consumo abusivo de álcool.

Sintomas da recaída

Para prevenir a recaída, o doente alcoólico tem de se manter em abstinência e a família, amigos e colegas de trabalho podem apoiar, reconhecendo e identificando precocemente alguns sintomas que indicam o regresso ao alcoolismo:

Exaustão, *sentimento de cansaço, solidão e mal estar*

Deslealdade, mentiras e equívocos desnecessários com familiares, amigos e colegas de trabalho

Racionalização, arranjando desculpas para não fazer o que devia e por fazer o que não devia

Ansiedade, por as coisas não acontecerem tal e qual como desejava que acontecessem.

(Para os religiosos, inclui o sentimento de que Deus não responde às suas orações).

Argumentação de pequenos pontos de vista indica a necessidade de ter sempre razão, o sentimento de que os outros deviam ser razoáveis e fazer as coisas à sua maneira, concordar com as suas opiniões

Depressão, imprudência e irresponsabilidade podem acontecer periodicamente e devem ser abordados e conversados diretamente.

Auto-piedade: "Porquê eu?"; "Ninguém me entende..."; "Ninguém dá valor ao que faço..."

Falta de afectividade, o doente já não recela a recaída, frequentando sítios onde se bebe para mostrar aos outros que já não tem o problema.

Benévola: "Já nem penso no vício" É perigoso deixar cair o mecanismo de protecção apenas porque tudo está a correr bem.

Esperar muito dos outros: "Eu mudei, porque é que os outros não mudam também?" Lembre-se, a única pessoa que pode mudar é a si mesmo.

Desejar demasiado, não deve prometer coisas que não pode alcançar com um esforço normal. Não espere demasiado de si mesmo ou dos outros. É sempre melhor quando as coisas boas acontecem inesperadamente. O doente pode alcançar

os seus objectivos se fizer o melhor que puder, mesmo pensando que pode não acontecer tão depressa como o deseja. Satisfação não é ter o que deseja mas saber viver com o que tem.

Não volta a acontecer: Este é um pensamento arriscado. Pode sempre voltar a acontecer, sendo tanto mais provável quanto mais distraído estiver. Lembre-se que tem uma doença progressiva e se houver uma recaída, ficará pior do que anteriormente.

Omnipotência, sentimento que resulta da combinação de muitos sentimentos mencionados anteriormente. Sentimento de que agora tem todas as respostas para si mesmo e para os outros e ninguém pode dizer-lhe o que quer que seja. Ignora sugestões e conselhos. A recaída é provavelmente a última coisa em que pensa, mas está iminente.



O alcoolismo tem cura?
O alcoolismo trata-se e há medicação que ajuda a prevenir recaídas, mas ainda não foi descoberta uma cura.

Um alcoólico pode manter-se sóbrio por um longo período de tempo, mas isso não significa necessariamente que esteja curado. O risco de recaída mantém-se.

De acordo com a OMS, há cerca de 2.000 milhões de pessoas em todo o mundo que consomem regularmente bebidas alcoólicas.

Em Portugal, há um consumo global de álcool preocupante, estimando-se que cerca de 500 mil pessoas sejam alcoólicas.

ANEXO XVI

GRUPOS TERAPÊUTICOS

TERAPIA DE GRUPO

[Hábitos de Consumo]

Data: 4 de Novembro de 2009

Hora: 10h

Local: Sala de actividades

Dinamizadores: Enf.º Paulo Cerqueira / Enf.ª Lígia Pires

1. Apresentação

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Participantes: Utentes internados no serviço de psiquiatria homens do Hospital de Braga

Oralmente, dinamizadores e intervenientes dizem o nome e profissão

2. Aquecimento/Quebra-gelo [Obediência e disciplina]

Objectivos: Descontrair, aquecer, desenvolver a criatividade, exercitar a percepção.

Material: Caneta e uma cópia da lista de instruções para cada participante.

Desenvolvimento:

1. Com os participantes sentados, o dinamizador distribui as canetas e as Listas de Instruções (estas devem estar dobradas) e solicita que só abram a Lista quando for autorizado.
2. O dinamizador ressalta a importância de, num trabalho de grupo, as pessoas serem educadas e respeitarem rigorosamente todas as orientações pelo que cada participante deverá cumprir exactamente o que está escrito na Lista.
3. O dinamizador pede para que todos juntos abram o papel com a lista de instruções e inicia-se a dinâmica.
4. No final, o dinamizador conduz uma discussão dirigida sobre o que ocorreu e porque a

grande maioria não se atentou à primeira instrução: "LEIA TUDO ANTES DE EXECUTAR".

Lista de Instruções

O tempo já está a passar! Seja rápido mas leia tudo antes de executar qualquer tarefa:

1. Obediência e perseverança são a chave para o sucesso.
2. Escreva o seu nome, sublinhado, na parte superior direita desta folha.
3. Levante-se da cadeira e dê DEZ PASSOS bem espaçados, aqui dentro da sala.
4. Volte para a sua cadeira e desenhe, no verso desta folha, uma casa e uma árvore.
5. Levante-se e diga o seu nome em voz alta.
6. Troque de lugar com outra pessoa, de preferência que não esteja perto de si.
7. Agora fique de olhos fechados durante vinte segundos, como se estivesse a reflectir.
8. Juntamente com outra pessoa cante o "Atirei o pau ao gato...".
9. Dê uma volta na sala, andando de costas.
10. Volte a sentar-se na sua cadeira e diga: "Finalmente isto está a terminar"
11. Agora que acabou de ler todas as questões, execute apenas a número dois e aguarde. Parabéns!

3. Actividade Principal: [Hábitos de consumo]

Diagnósticos de enfermagem

Abstinência tóxica

Objectivos

Identificar hábitos de consumo

Explorar as opiniões do grupo sobre a temática apresentada

Promover estilos de vida saudáveis

Promover a partilha de experiências

Sensibilizar para a importância da implementação de hábitos de vida saudáveis

Número de participantes: 7 Elementos

Material/Recursos

Folhas em branco

Canetas

Ambiente/Clima

Local Fechado

Isento de ruídos ou odores

[Sala de actividades]

Tempo determinado:50-60 min.

Procedimento

16. Sentados em círculo, é explicado aos participantes que com esta actividade todos terão oportunidade de exprimir sentimentos, ideias e conhecimentos.

17. Cada participante recebe uma folha em branco e uma caneta.

18. O dinamizador começa a frase dizendo: “Quando vou ao café gosto de consumir... porque faz-me sentir... mas sei que faz mal a...” e solicita aos participantes que terminem a frase, escrevendo-a no papel.

19. De seguida, e do mesmo modo, o tema é desenvolvido em função dos hábitos de consumo:

Tabaco

“Para mim, fumar significa...”

“A pior coisa que o tabaco provoca é...”

“A melhor coisa que o tabaco faz é...”

“Fumo mais quando...”

Álcool

“Para mim beber significa...”

“A pior coisa que o álcool provoca é...”

“A melhor coisa que o álcool faz é...”

“Bebo mais quando...”

5. É pedido a cada utente para ler em voz alta as frases desenvolvidas, dando uma pequena explicação.

6. Realização de uma pequena reflexão sobre “Que mecanismos posso utilizar para

evitar consumos exagerados ou prejudiciais?”

7. Após a reflexão, o dinamizador solicita aos utentes que completem verbalmente a frase “Ao longo desta sessão descobri que... fiquei a saber que... e quero...”

Perguntas e Conclusões

A actividade é revista e os participantes verbalizam os benefícios terapêuticos da mesma.

4. Resgate

Os participantes dão o seu parecer acerca da terapia de grupo realizada (Feedback).

O momento da síntese final, permite atitudes avaliativas e de encaminhamento.

AVALIAÇÃO

A sessão de grupo realizou-se conforme planeado, decorrendo num período de tempo de 60 min. e sem necessidade de alterar qualquer procedimento. Dos 7 utentes que participaram na actividade, cerca de 75% tiveram uma colaboração pró-activa, demonstrando satisfação e motivação.

Inicialmente, foi notória uma ligeira tensão, que foi atenuando à medida que a actividade era desenvolvida, nomeadamente com o quebra-gelo. Posteriormente, criou-se um clima de confiança na relação enfermeiro-utente, principiando-se uma interacção grupal de ajuda e aconselhamento espontaneamente.

Os objectivos delineados previamente foram atingidos satisfatoriamente, sendo que, foi possível identificar diferentes hábitos de consumo de álcool e tabaco, tendo cada utente dado a sua opinião e partilhado sentimentos e pareceres sobre a sua experiência dentro da temática apresentada, referindo até algumas estratégias para diminuir ou cessar hábitos de consumo excessivos. Desta forma, toda a dinâmica se revelou de extrema importância na promoção de estilos de vida saudáveis, tendo grande parte dos participantes ficado sensibilizados para as vantagens da implementação deste tipo de comportamentos.

Globalmente, no final da actividade, todos os utentes verbalizaram gosto e satisfação na realização da mesma, mencionando várias vantagens na sua realização, tais como a interacção positiva do grupo, a partilha de experiências e opiniões e a aprendizagem.

No final, um utente fez questão de partilhar com o grupo um poema, segundo ele, da sua autoria, relacionado com a temática da sessão, e desta forma e com todos de acordo foi finalizada a sessão:

“Oh minha aldeia de caminhos semi-acabados
Neles me desloco para uma tasca da amizade,
Onde desabafo o meu cansaço diário

Num copo de uma bebida embriagante
E num acender do cigarro e de uma jogatina viciada.
Eu troco diálogos absurdos...
E agora que estou longe, tão longe...
Peço a Deus,
Que me deixe em ti morrer,
Minha querida aldeia!"

Terapia de Grupo

[Mente Saudável para Corpo Saudável – Auto-Massagem]

Data: 16 de Novembro de 2009

Hora: 10h

Local: Sala de actividades

Dinamizadores: Enf.^a Lúgia Pires / Enf.^o Paulo Cerqueira

1. Apresentação oral

Dinamizadores: Enfermeiros estagiários do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenientes: Utentes internados na Unidade de Agudos Homens do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga

2. Aquecimento/Quebra-gelo: [Jogo do "Piu"]

Objectivo

Promover um ambiente relaxado e descontraído no grupo

Promover a apresentação

Material/Ambiente

Não necessita material

Tempo determinado

10 min.

Procedimento

1. O enfermeiro começa por referir que o objectivo do jogo é o grupo descobrir o que é o "piu". (neste caso, será a presença da letra "O" no primeiro nome de cada um);

2. De seguida é explicado aos participantes que cada um possui características individuais, entre as quais, o "piu". Assim, alguns têm o "piu", outros não, e alguns têm mesmo mais que um "piu". (nesta altura, ainda ninguém sabe o que é o "piu").

3. Cada enfermeiro deverá chegar-se à frente e dizer os seus dados pessoais, previamente combinados (nome, profissão, idade, estado civil). E deverá dizer também se tem ou não "piu", devendo inclusive, em caso positivo, dizer quantos "piu" tem.

4. Por sua vez, cada participante fará o mesmo, apenas não sabendo a princípio o que é e quantos "piu" têm.

5. Caso o utente que se esteja a apresentar ainda não tenha descoberto o que é o "piu", o enfermeiro deverá dizer-lhe se tem e quantos "piu" tem.

6. No final, se nenhum participante tiver descoberto o que é o "piu", os dinamizadores vão revelando pistas sucessivas até estes atingirem o objectivo.

3. Actividade Principal: [Auto-massagem]

Diagnósticos de enfermagem

Ansiedade

Stress

Coping ineficaz

Auto-controlo ineficaz

Objectivos

Promover relaxamento e bem-estar físico e mental

Diminuir ansiedade

Promover uma relação utente/enfermeiro positiva e de apoio

Número de participantes: 7 Elementos

Material/Recursos

Cadeiras

Computador

CD de relaxamento

Ambiente/Clima

Local Fechado

Isento de ruídos ou odores

[Sala de actividades]

Tempo determinado: 30 min.

Procedimento

20. O enfermeiro pede para que os utentes se disponham de frente para si e com um espaço de mais ou menos dois braços entre eles;

21. De seguida, é colocada a música ambiente e são dadas instruções relativas a todos os exercícios, bem como, a sua demonstração;

22. Os utentes repetem os exercícios ao som da música:

- Energizar as mãos - palmas voltadas uma para a outra, à altura do rosto, esfregando vigorosamente;
- Rotação ligeira e continua dos pulsos;
- Estiramento dos dedos das mãos, em simultâneo e lentamente;
- Massagem sobre sobancelhas, com o 2º, 3º e 4º dedos;
- Com os olhos fechados, realização de percussão, com massagem rotativa dos dedos desde a raiz do cabelo até à base do crânio;
- Fechar os olhos com muita força durante 5 segundos e de seguida abri-los e expirando em simultâneo;
- Voltar a fechar os olhos. Esfregar as mãos lentamente, com as palmas das mãos sobre o globo ocular massajar efectuando ligeiros movimentos rotativos durante 30 segundos.
- Olhos fechados. Com as pontas dos dedos, puxar as orelhas lentamente;
- (Abrir os olhos). Ligeira pressão sobre as gengivas (superiores e inferiores);
- Com as pontas do 2º, 3º, 4º e 5º dedos, fazer uma rotação desde a parte alta do pescoço até ao meio da clavícula;
- Apertar delicadamente, várias e repetidas vezes, na parte interna e externa dos braços;

- Gesto Tarzan, desde a clavícula até ao diafragma (sem gritos);
 - Para terminar, fechar os olhos, inspirar e expirar calma e tranquilamente várias vezes seguidas, depois sacudir as mãos e lava-las.
4. No final, são realizados alguns exercícios de alongamento muscular.

Perguntas e Conclusões

Revisão da dinâmica de grupo

Participantes verbalizam alguns benefícios terapêuticos da actividade

4. Resgate

Os participantes dão o seu parecer acerca da dinâmica de grupo realizada (Feedback) e os dinamizadores fazem a síntese final, o que permite atitudes avaliativas (iniciativa, motivação, empenho, sensação de bem estar e relaxamento) e de encaminhamento.

AVALIAÇÃO

A dinâmica de grupo realizou-se conforme planeado, pois todos os utentes previamente seleccionados quiseram participar, demonstrando motivação e empenho no decorrer da mesma. Assim, não houve necessidade de qualquer alteração, decorrendo dentro do período de tempo previsto (40 min.).

Aparentemente, todos os objectivos delineados foram atingidos, uma vez que os participantes demonstraram e verbalizaram uma diminuição da ansiedade, sensação de bem-estar e relaxamento psicológico através da expressão de emoções e sentimentos. Com consequente verificação de uma relação de ajuda positiva e de apoio entre utente e enfermeiro.

Globalmente, os utentes verbalizaram prazer e satisfação na realização da actividade, referindo que esta seria uma mais-valia para a sua recuperação, ocupação do tempo livre durante o internamento e diminuição da ansiedade e relaxamento. Sugeriram ainda a realização diária deste tipo de intervenção.
